

Evaluación de casos en el Centro Penitenciario “El Acebuche”

Beatriz Menéndez Sales

Master en Intervención en ámbitos Clínicos y
Sociales
Universidad de Almería

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN AL CENTRO PENITENCIARIO. (pp. 3-5)
 - 1.1. Clasificaciones. (pp. 5-7)
 - 1.2. Módulos del Centro Penitenciario “El Acebuche”. (pp. 7-9)
 - 1.3 Función de los psicólogos según la normativa vigente. (pp.9-11)
2. MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS.
 - 2.1. PRIMERA FASE: OBSERVACIÓN. (pp.11-13)
 - Caso de Clasificación.
 - Caso de PPS.
 - 2.2. SEGUNDA FASE: EVALUACIÓN DE CASOS.
 - Descripción Caso 1. (pp.15-20)
 - Descripción Caso 2. (pp.20-24)
 - Descripción Caso 3. (pp. 25-53)
 - Descripción Caso 4. (pp. 53-75)
3. ANEXOS (pp.75-90)
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. (pp. 91-94)

1. INTRODUCCIÓN AL CENTRO PENITENCIARIO.

La segunda fase del Master en Intervención en Ámbitos clínicos y sociales, conforma la parte práctica del mismo. Las practicas se realizan en el Centro Penitenciario “ El Acebuche”, en el período que comprende los meses de octubre a marzo.

El centro Penitenciario “El Acebuche”, se encuentra situado a las afueras de la ciudad, aproximadamente a unos 25 kms. de distancia de la capital. La construcción y puesta en marcha de la prisión data del año 1986, incluyéndose , de esta manera , en el grupo de las prisiones más veteranas del territorio nacional.

Tiene construidas 478 celdas y 96 celdas complementarias. Posee una capacidad para albergar 567 internos, pero actualmente ostenta una media real de ocupación de 1150, evidenciando así la masificación existente en las cárceles españolas, que en Andalucía ostenta un porcentaje del 168 %. Así , el centro penitenciario almeriense en marzo del 2010 presentaba una ocupación real del 203% respecto a su capacidad máxima permitida según demuestra la Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (ACAIP) con cifras de la Secretaría de Estado de Instituciones Penitenciarias.

Este número supera claramente al registrado en las cárceles de la comunidad autónoma que alcanza el 81,06% e incluso de la media nacional que se queda en un 173%.

De hecho el establecimiento penitenciario almeriense se encuentra entre los más saturados de Andalucía, por detrás del centro psiquiátrico de Sevilla, la cárcel Puerto II de Cádiz y el de la capital malagueña.

La Secretaría de Estado reconoce que en la región, la población reclusa creció en 2009 un 5,17 %o con respecto al año anterior, alcanzando los 17.495 personas; mientras que en poco más de dos meses y medio de 2010, las cárceles andaluzas tenían 173

presos más que a final de 2009. En el conjunto del país, las cárceles superaban en 2010 los 76.756 presos, tras aumentar en casi 3.200 en 14 meses, distribuidos en los 92 centros penitenciarios que existen en todo el país. El 35,5% de la población reclusa es extranjera. Las prisiones españolas presentan una tasa media de hacinamiento de un 173% y la masificación supera el 200% en 19 prisiones.

Según el informe de ACAIP publicado en 2010, el aumento de la población reclusa en estos últimos años es alarmante, y sitúa a nuestro país en la 5ª posición de población penitenciaria total, una vez escrutados los datos procedentes de 57 países europeos. Desde la rigurosidad jurídica resulta inviable pensar en cuestiones tales como las previstas en la Ley Orgánica General Penitenciaria: separación científica, tratamiento individualizado y reinserción son premisas que resultan incompatibles cuando se presentan cifras de hacinamiento como las de nuestro sistema penal. Existe una escasez de recursos humanos y de infraestructuras necesarias para llevar a cabo una tarea eficaz en la gestión del cumplimiento de penas.

Desde el 1 de enero de 2009 hasta el 19 de marzo de 2010, la población española reclusa ha aumentado en 3.198 presos hasta alcanzar la cifra de 76.756 reclusos distribuidos en los 92 centros penitenciarios (incluidos CIS) existentes a nivel nacional. El ritmo de aumento de la población reclusa en España casi se ha triplicado respecto a las cifras registradas en años anteriores. Asimismo ha aumentado los presos de otras nacionalidades , alcanzando el 38,12% al finalizar el año 2.009. Este alto número de nuevos ingresos ha empeorado el grado de saturación de las cárceles españolas. Esta sobreocupación afecta tanto a la calidad del servicio, como a los derechos y condiciones de estancia de los internos y al trabajo de los empleados públicos y, lógicamente, al desarrollo de los cometidos penitenciarios básicos. Esta sobrepoblación de los internos,

unidos a la escasez de personal son el trasfondo de las continuas agresiones que se producen en las cárceles.

En cuanto a las infraestructuras, hay que destacar que hay centros que datan de fechas de construcción anteriores a 1990, entre los que se encuentran el centro penitenciario de Almería, sin dotaciones modernas y amplias y que se encuentran por encima de la media en sobreocupación.

Los sindicatos consideran la prisión de Almería como el centro el más infradotado de toda la comunidad andaluza, además de encontrarse entre los más obsoletos. Un ejemplo es suficiente para visualizar esa idea y es el hecho de que mientras otros centros cuentan con sistemas de vídeo-vigilancia o de apertura informatizada de puertas, en el de Almería perviven los sistemas antiguos, propios de décadas pasadas. El recinto tiene más de 22 años y ello repercute en una falta de medidas de seguridad acorde a las exigencias actuales. Asimismo hasta día de hoy la institución no ha sido sometida a ninguna reforma ni mejora. Esos hándicaps intentan reducirse con el traslado de los internos de primer grado y los más peligrosos a otras instituciones. El centro penitenciario “ El Acebuche”, alberga en su mayoría a varones, solo un 5,20% de los internos de la prisión son mujeres, a pesar de que el índice de feminización de la prisión ha ido creciendo desde el año 2000 una media del 12%. Más del 50% de los internos se encuentran en régimen preventivo lo que no hace sino acrecentar el problema de la masificación en el centro ,ya que Instituciones Penitenciarias sólo tiene capacidad para trasladar a aquellos presos que están condenados y los preventivos sólo pueden desplazarse con el consentimiento de la autoridad judicial.

1.1. Clasificación:

Una vez el interno ha sido juzgado y condenado pueden ocurrir varias cosas. Si la condena impuesta es de dos años o menor y no tiene antecedentes penales, no entra en

prisión. Sin embargo, si la condena es mayor de dos años, ingresa. Una vez dentro, la Junta de Tratamiento esperará la llegada de la confirmación de la condena y entre uno y dos meses después, la clasificación de grado. Los grados aplicados por I.I.P.P pueden ser:

- **1º grado o de régimen cerrado.** Este grado solo se aplica a los presos peligrosos o considerados de alto riesgo, por lo que se les interna en módulos de aislamiento, ya que no pueden disfrutar de una vida carcelaria normal. Permanecerán encerrados en su celda un total de 22 horas diarias, con salidas individuales a patio de 2 horas. No podrán disfrutar de actividades lúdicas como el resto de internos y sus comunicaciones (vis-vis, por cristal, llamadas telefónicas, correspondencia) está sometida a vigilancia. Durante la estancia en prisión de los internos si se provoca un incidente grave, puedes ser modificado el grado de segundo a primero.
- **2º grado u ordinario.** Es el grado que disfrutan la gran mayoría de los internos en las prisiones españolas. Llevan una vida normalizada dentro del Centro y normalmente no se pierden ; únicamente repercute en faltas en el expediente. Si el interno se encuentra en segundo grado y a partir de cumplir la cuarta parte de la condena, se puede optar por acceder al tercer grado.
- **3º grado o régimen abierto.** Aunque según la Ley Penitenciaria se puede acceder a este grado una vez dictada la condena, en la realidad y por pacto de palabra entre las diferentes instituciones, no se suele llegar a disfrutar de este grado hasta cumplida la mitad de la condena. Solo en contadas ocasiones (políticos, personajes con buenas relaciones, enfermedad muy grave, tratamiento de drogodependencia o similar en curso, cumplida ya gran parte de la condena como preventivo) algunos internos acceden a este grado una vez conocida la

condena. Hasta hace años el acuerdo tácito para pasar de segundo a tercer grado funcionaba a partir de la barrera de la cuarta parte de la condena cumplida. De unos años a esta parte el límite ha aumentado hasta la mitad de la condena. Existen dos vías para ello:

- Que la Junta de Tratamiento del Centro, después de estudiar el expediente, así lo estime oportuno y lo notifique al Fiscal y a I.I.P.P. Si el fiscal no se opone, en general I.I.P.P aprueba la decisión del Centro y se destina al interno a un centro de cumplimiento de tercer grado o semilibertad.
- La Junta de Tratamiento se opone. Entonces se recurre en Queja al Juez de Vigilancia Penitenciaria, que puede concederlo. En caso negativo se le vuelve a recurrir en Reforma con nuevas aportaciones y si tampoco en este segundo recurso el J.V.P. cambia de opinión, se recurre en Apelación a la Sala de la Audiencia a la que corresponda la cárcel.

1.2.Módulos del Centro Penitenciario “El Acebuche”.

Hoy los centros penitenciarios están concebidos arquitectónicamente con una tipología modular que posibilita crear espacios que facilitan la vida diaria en la prisión, y responden a la doble función de lugar de custodia y espacio favorecedor de la rehabilitación. Están configurados, pues, para ser instrumentos eficaces para la educación y reinserción de los internos, al tiempo que garantizan su seguridad y el cumplimiento de las penas. En los establecimientos penitenciarios se cuida mucho el que cada uno de los departamentos, módulos o unidades que lo integran tengan garantizados, en igualdad de condiciones, los servicios generales y las prestaciones adecuadas a los fines específicos a que vengán destinados y a los generales del sistema penitenciario.

La institución penitenciaria de Almería esta constituida por estos módulos:

Módulo 1: Mujeres. Alberga a unas 50-60 reclusas. Pretende convertirse también en un módulo de respeto.

Módulo 2: Respeto. Espacio para internos con buen comportamiento, departamentos donde los reclusos encuentran fórmulas de autogestión, proponen actividades grupales y disfrutan de ciertos beneficios penitenciarios. Esta funcionado desde hace tres años.

Módulo 3: Penados y condenas largas.

Módulo 4: Penados y condenas largas.

Estos dos módulos recogen a los reclusos más peligrosos. Los penados son aquellos que ya tienen sentencia firme y están cumpliendo su condena o condenas.

Módulo 5: Preventivos. Los preventivos todavía no han sido juzgados y la sentencia aún no es firme. Pueden tener la condición de detenidos si el ingreso se produce con esa calidad, con límite temporal o preso cuando existe auto-provisional. También tienen límites temporales.

Módulo 6: Extranjeros. Alberga a reclusos de otras nacionalidades, en su mayoría magrebíes.

Módulo 7: Preventivos y extranjeros. (Delitos y abusos sexuales.). El módulo agrupa a presos con delitos de la misma naturaleza.

Módulo 8: Preventivos y buena conducta. Acoge a presos preventivos y presos que hacen méritos debido a su buena conducta en la prisión.

Módulo 9: Menores. Aquí se encuentran destinados a los menores de 21 años, independientemente del delito cometido.

Módulo 10: Destinos. Los destinos son trabajos dentro del centro. A los preventivos no suelen concederle destinos debido a su movilidad. Lo mismo se recomienda con relación a los estudios. Hay destinos que no están remunerados y otros que sí lo estan,

con el alta en la Seguridad Social al día. También existen talleres de empresas externas que contratan personal penitenciario en tareas que se ejecutan en los talleres de ciertos Centros.

Módulo 11: Aislamiento. Módulo de castigo donde se mantiene a los internos que han cometido algún acto de desobediencia o delictivo dentro de prisión.

Módulo de ingresos: Donde llevan a los presos de nuevo ingreso.

Módulo de enfermería: Primeras atenciones y PPS.

1.3. Función de los psicólogos según la normativa vigente.

Reglamento Penitenciario.

Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario .Disposición transitoria tercera. Servicios, unidades y puestos de trabajo de los centros penitenciarios.

El contenido de los arts. 277 a 324; 328 a 332 y 334 a 343 del Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, se mantendrá vigente, con rango de resolución del centro directivo de la Administración penitenciaria correspondiente, en lo que no se oponga a lo establecido en el Reglamento Penitenciario que se aprueba por este Real Decreto, hasta que por el centro directivo correspondiente se dicte la resolución que establezca la nueva regulación de la organización de los servicios y unidades de los centros penitenciarios, así como las funciones de cada uno de los puestos de trabajo de los mismos.

Reglamento Penitenciario.

Real Decreto 1201/1981, 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE 23-6-1981 a 25-6-1981, núms.. 149 a 151.

Capítulo II- Órganos unipersonales.

Sección 5ª. – De los Psicólogos.

Artículo 282. El psicólogo desempeñará las funciones siguientes:

- Estudiar la personalidad de los internos desde la perspectiva de la Ciencia de la Psicología y conforme a sus métodos, calificando y evaluando sus rasgos temperamentales-caracteriales, aptitudes, actitudes y sistema dinámico-motivacional , y , en general, todos los sectores y rasgos de la personalidad que juzgue de interés para la interpretación y comprensión del modo de ser y de actuar del observado.
- Dirigir la aplicación y corrección de los métodos psicológicos más adecuados para el estudio de cada interno, interpretar y valorar las pruebas psicométricas y las técnicas proyectivas, realizando la valoración conjunta de éstas con los demás datos psicológicos, correspondiéndole la redacción del informe del aportado a los Equipos y la del informe psicológico final que se integrará en la propuesta de clasificación o en el programa de tratamiento.
- Asistir como Vocal a las reuniones de los Equipos de Observación o de Tratamiento, participando en sus acuerdos y actuaciones.
- Estudiar los informes de los Educadores, contrastando el aspecto psicológico de la observación directa del comportamiento con los demás métodos y procurando, en colaboración con aquéllos, el perfeccionamiento de las técnicas de observación.
- Aconsejar en orientación profesional, colaborando estrechamente con el Pedagogo si existiere en el Equipo, a aquellos internos observados que lo necesiten y cuyas circunstancias lo hagan factible, en especial a los jóvenes.
- Ejercer las tareas de Psicología industrial con respecto a talleres penitenciarios y las escuelas de formación profesional, así como las de Psicología pedagógica

con respecto a los alumnos de los cursos escolares establecidos en los Centros Penitenciarios.

- Ejecutar los métodos de tratamiento de naturaleza psicológica señalados para cada interno, en especial los de asesoramiento psicológico individual y en grupo, las técnicas de modificación de actitudes y las de terapia de comportamiento.
- Cumplir cuantas tareas le encomiende el Director concernientes a su cometido.

2. MEMORIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS.

2.1. PRIMERA FASE: OBSERVACIÓN.

La fase primera de incorporación a las prácticas en el centro penitenciario, incluyó una visita guiada por todas las instalaciones y las dependencias que lo componían, así como de la explicación de la función que cumplía cada estancia en la vida y contexto penitenciario. Estas primeras visitas servían para acercarnos al ambiente penitenciario y a familiarizarnos con él.

Las primeras labores encomendadas por los psicólogos, son las de acompañamiento y observación en algunas de las actividades realizadas por ellos dentro la cárcel. Estas actividades son las siguientes:

Caso de clasificación inicial

Pudimos acompañar a la psicóloga para la clasificación del grado de un preso de origen magrebí, M. que se encontraba en el módulo 6. El interno de 32 años de edad lleva interno en prisión un mes. Ingresó por conducir bajo los efectos del alcohol, acusado de un delito contra la salud pública. No domina bien el español y necesitamos de otro interno para que le traduzca algunas cosas, para poder comunicarnos con él satisfactoriamente. La psicóloga indaga en varias cuestiones, como los delitos anteriormente cometidos y el motivo de su estancia en España. El interno nos informa

de que vino aquí a trabajar y que su familia esta fuera, y que cuando se quedo sin trabajo se quedo y empezó a incrementar su consumo de alcohol. Nos informa de que quiere cumplir su condena y ser un buen musulmán, no beber más y volver a buscar a su familia. La psicóloga se asegura que su capacidad mental como la orientación en el espacio y en el tiempo es correcta y le pregunta de manera sutil varias cuestiones para comprobarlo. Es la segunda vez que lo detienen por este motivo, pero el interno se muestra bastante arrepentido y nos informa que la falta de trabajo y la cantidad de tiempo libre es lo que ha motivado esta situación. Tiene una mujer y una hija que lo esperan y el manifiesta su deseo de volver a verlas cuanto antes. No consume ninguna droga y durante su estancia en prisión no ha tenido ningún conflicto. Se muestra tranquilo a la hora de hablar con nosotros y es una persona que posee muy buen humor. Es correcto y educado a la hora de dirigirse a nosotros, va bien vestido, aseado y tiene buenos modales. La psicóloga nos advierte de la importancia que tienen las observaciones comportamentales en el desarrollo de una entrevista, y que estas nos pueden aportar datos significativos y de gran relevancia.

Seguimiento de caso de PPS

Se nos permitió asistir al seguimiento de un caso de PPS (Programa de Prevención de suicidio). El interno es un varón de 33 años de edad, que ha amenazado varias veces en el módulo de que se va a matar. Presenta un estado abatido y disfórico, cuando se le pregunta habla en voz muy baja y le cuesta mucho trabajo mirarnos fijamente, incluso rehúye nuestra mirada. Nos informa que está muy deprimido desde que no sabe nada de su actual pareja, que ya no se pone en contacto con él y que no coge sus llamadas. A través de un familiar cercano se entera que su pareja está con otro chico y que ha dado por terminada la relación sin comunicárselo previamente. Nos refiere que ya no tiene ganas de vivir y que la estancia en la cárcel se le hace muy pesada y no puede

soportarla. El psicólogo repasa con el interno los datos de su genograma y confirmamos que tiene una ex – mujer y una hija. Su ex –pareja se preocupa mucho de él , quiere ir a visitarlo y nos informa que todavía sigue enamorada y le gustaría volver a retomar la relación. El psicólogo explora esta posibilidad con el interno como algo que le pueda reportar nuevas ilusiones y el interno acoge la idea de, que venga a verlo, con buena disposición y nos comenta que , quizás, todavía sienta algo por ella, el psicólogo reflexiona sobre esta idea como algo que le pueda dar una motivación. Asimismo enfoca la entrevista en la relación con su hija, que está algo perdida e invita al recluso a volver a retomarla ya que esto le proporcionaría fuerzas y alegría. El interno se siente muy bien cuando habla de su hija y nos informa que desde que tenía esta nueva relación apenas la veía porque no le dejaban. El profesional lanza el planteamiento de que todo en su relación no es tan bueno como él lo ve, y que la ruptura de ésta puede ser un buen momento para la asunción de nuevos valores vitales, como la recuperación de su hija y la posible vuelta con su ex –mujer. Indagando en el pasado del recluso observamos como en situaciones de estrés y de rupturas de relaciones ha habido otros intentos de suicidio. El psicólogo infiere que el interno es dependiente emocionalmente y ve en este tipo de situaciones, una señal de alarma donde tiene internalizada la respuesta de querer suicidarse para terminar con todo, ya que posee una baja tolerancia a la frustración. En visitas posteriores el interno está más tranquilo y los deseos de suicidarse han disminuido porque empieza a aceptar la ruptura.

2.2. SEGUNDA FASE: EVALUACIÓN DE CASOS.

Descripción del procedimiento y contexto en que se realizan las prácticas:

Las prácticas se llevaron a cabo en el primer semestre del año académico 2010-2011. El contenido de las mismas fue discutido por los profesionales psicólogos en

colaboración con la tutora de prácticas académica del Master en Intervención en Ámbitos clínicos y sociales. Evaluar a varios internos, mediante entrevistas iniciales y diagnósticas fue elegida como la manera idónea donde poder aplicar los supuestos teóricos aprendidos a lo largo del Master. De esta manera se aprovechaban los recursos de la cárcel en función del tiempo y la disponibilidad que se nos brindaba, variables tan escasas hoy día en nuestro centros penitenciarios, debido a la masificación comentada líneas arriba, que padecen y que imposibilitan el trato individualizado. De esta forma se podría crear una positiva experiencia que podría redundar en un beneficio recíproco, de interno a terapeuta en prácticas.

En el centro penitenciario Acebuche, están destinados cuatro psicólogos, cada uno de los cuales se distribuye un número determinado de internos que se reparten en función de sus apellidos.

Cada psicólogo asigno un caso de los que supervisaba. Los criterios de elección para designar los casos fueron diferentes en cada profesional. Ya que, en un espacio como el carcelario, hay diferentes variables que tener en cuenta, como la colaboración de los reclusos, la peligrosidad de los penados o el interés psicológico de los mismos.

Después de la selección de los internos y una breve presentación del caso por parte del psicólogo encargado, seguía una primera entrevista inicial, donde a modo de presentación se explicaba al recluso, la condición de psicólogo en prácticas que ostentábamos y el beneficio que podía presentar para ellos, adherirse a participar en la terapia que pretendíamos llevar a cabo.

La primera visita siempre iba coordinada por el profesional del centro, mientras que en posteriores encuentros nos encontrábamos a solas con el interno, después de dar este su conformidad para adecuarse a la evaluación y consecutivo tratamiento que

pretendíamos aplicar. Huelga decir que todos los internos acogieron, a priori, la iniciativa, positivamente, y sin reticencias iniciales.

Tras realizar varias sesiones asistíamos a reuniones periódicas con los profesionales de la institución que nos tutorizaban y guiaban a través de los casos. Nos indicaban ciertas pautas a seguir, no por ello privándonos de libertad y autonomía para el desarrollo de las sesiones con los internos. Tras las valoraciones conjuntas, se establecían los objetivos iniciales a conseguir, que podían variar según los acontecimientos acaecidos en terapia.

El trato general con los internos resulto correcto y sin incidencias resaltables no obstante pertenecían a los módulos menos conflictivos existentes en la prisión. Solo mencionar que el módulo donde se percibía mayor alboroto, era el módulo 9, que alberga a los jóvenes menores de 21 años. Al incluir en este a todos los jóvenes, sin tomar en consideración los delitos cometidos, y con la particularidad de la edad, se notaba mayor perturbación.

Cada módulo dispone de dos despachos o estancias asignados para el empleo por el Equipo Técnico y Sanitario del centro. Por una parte el de Tratamiento, destinado para el uso de psicólogos, donde realizan las clasificaciones y atienden las estancias de los internos , educadores y trabajadores sociales ; y por otra el de el Médico, donde éste pasa consulta. Las sesiones se realizaron indistintamente en uno u otro habitáculo, dependiendo de la ocupación de los mismos, siendo el de Tratamiento el de uso preferente.

DESCRIPCIÓN CASO 1: F.J.C

Datos Personales:

- Edad: 20 años.
- Sexo: varón.
- Estudios: dejó de estudiar a los 16 años.
- Lugar de nacimiento: Almería.
- Ocupación: Trabajador de la construcción.
- Estado civil: soltero.

Pruebas administradas:

- WAIS-III. (Anexo 1)
- 16PF-5 (Anexo 2)

Historia previa y descripción del caso:

El interno procede de una familia trabajadora. Criado en un barrio donde residen familias modestas y trabajadoras

Su padre, de 45 años, es encargado de obra, en una conocida empresa almeriense y su madre trabaja en unos almacenes de fruta. Su hermana de 26 años, trabaja en una pescadería en su barrio. Su hermano pequeño de 14 años de edad continúa estudiando.

No presenta problemas familiares dignos de mención, es un niño querido y mimado en su familia. Se lleva muy bien con sus padres con los que habla habitualmente y que le apoyan en todo, máxime con el suceso que le ha llevado a estar interno en prisión .

No profundiza demasiado en este tema con su familia y siempre dice estar bien para no preocuparlos. Le preocupa lo que piensen de él, especialmente su madre. Con su hermano es con el que menos relación tiene, refiere que casi no le echa de menos,

porque no ha tenido nunca mucho trato con él. De hecho informa que no le hizo especial ilusión su nacimiento, porque dejaba de ser el pequeño en su casa, y estaba muy mimado, pensando que se le iban a retirar los favores de los que disfrutaba en su casa. Reporta que se lleva bien con su hermana pero que apenas tiene contacto de ningún tipo con ella porque no le hace falta.

Nos encontramos ante un interno que demuestra ser una persona extrovertida y un poco fanfarrón. Es un chico joven y guapo, acostumbrado a tener amigos y a ser aceptado en su grupo de pertenencia.

Se toma su estancia en la cárcel como un juego o un pasatiempo y no es consciente de lo que supone en realidad. Cuando hablamos del delito cometido utiliza un tono jocoso e indiferente, y se permite el lujo de hacer bromas al respecto. No parece ser consciente del hecho tan grave perpetrado. Al estar en situación preventiva y sin ninguna sentencia firme en la mesa se acoge al hecho de lo que sucedió fue un accidente y alberga bastantes esperanzas respecto a la duración de la condena. En el desarrollo posterior de las sesiones la actitud cambia a este respecto cuando la realidad de una condena larga se materializa. A veces no es consciente de que las conductas tienen consecuencias, y trata a la ligera los efectos que éstas puedan traerle.

Su manera hablar y de expresarse es bastante pobre, en cuanto a riqueza de vocabulario y capacidad de abstracción de situaciones complejas. Asimismo una cierto tartamudeo hace su aparición con bastante frecuencia en las entrevistas.

El estado de ánimo del interno normalmente es bueno. Refiere que va un poco por etapas, etapas más calmadas y tranquilas y otras donde está más triste y ansioso, y le cuesta dormir. Estos estados de ánimo no son clínicamente significativos ni representan cambios bruscos y repentinos que el interno no pueda controlar, y se encuentran dentro de la normalidad.

Es protagonista de varios episodios violentos en su barrio. Son peleas aceptadas en su entorno, y que son llevadas a cabo junto a los amigos integrantes en su red de apoyo. El interno las percibe como algo que es normal. Asimismo refiere que su padre ha sido el protagonista de algún incidente de este tipo. En el módulo no presenta problemas relevantes con sus compañeros, y se lleva bien con la mayoría de ellos, solo refiere cierta animadversión hacía los inmigrantes, pero no ha tenido ningún altercado porque evita el contacto con ellos.

Diagnóstico:

EJE I F12.1 Abuso de Cannabis

F 14.1 Abuso de cocaína

EJE II Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad antisocial. V71.09

EJE III Ninguno.

EJE IV Problemas académicos.

Conflictos con el profesor.

Encarcelamiento.

EJE V EEAG =70 (actual).

Historial Delictivo:

Actualmente se encuentra en prisión por el homicidio del padre de su ex – pareja. La noche de autos fue a reclamar a su casa, en la que anteriormente él vivía, unos efectos personales que todavía se encontraban allí. El interno se encontraba bajo los efectos del alcohol y la cocaína, y cogió un cuchillo de grandes proporciones que tenía en su moto, para defenderse por si lo necesitaba, ya que había protagonizado varios altercados con el que fuera su suegro, desde que su relación acabó, y éste le había amenazado. En un forcejeo y , sin intenciones algunas de dañarlo, le seccionó accidentalmente una arteria

del cuello, que propició días después su muerte. El interno no tiene ningún otro antecedente delictivo anterior a este suceso.

Se decide no intervenir por los siguientes motivos:

- El interno ve la terapia como una manera de hacer méritos en la prisión, más que como algo provechoso para él y de lo que pueda sacar beneficio personal.
- A veces está distraído en sesión. La atención fluctúa entre lo que sucede en terapia y lo que sucede en el módulo, estando más pendiente de los gritos de sus compañeros antes que de las indicaciones del terapeuta.
- Se muestra un poco frío en las sesiones, dando muestra de no querer mostrar sus sentimientos abiertamente. La nota más característica es la distancia que toma, sin dejar de ser correcto y educado, evidencia un cierto aire de pasotismo. Por estas razones aunque no era difícil trabajar con él, si se hacía más arduo el avance en la terapia.
- Se le administró el test de personalidad 16PF-5 de Cattell con resultados un poco confusos y que no abrían ningún campo para trabajar adecuadamente con el interno. Sus respuestas tienen un componente de azarosidad y deseabilidad social que él mismo nos reconoce después, lo que no nos permite adentrarnos con garantías en profundizar en su personalidad. Además refiere no entender correctamente algunos ítems del test, lo que propiciaba un uso exagerado de las respuestas tipo B (?), que no aportaba ninguna información, a pesar de que se le dijo que intentará evitarlas.
- Identificar una problemática concreta para acometer un tratamiento es complicado. Las indicaciones de la psicóloga que lo tiene a su cargo, recaen en su falta de sentido de la realidad y en hacerle consciente del delito cometido, más que en ninguna conducta problema específica.

- A demanda de la psicóloga que sospechaba de la existencia de un C.I bajo del interno, se aplicó el WAIS-III, que confirmó las inferencias previas y nos mostró que el recluso, sin llegar a padecer retraso mental, se encuentra en los límites. Acotamos la terapia en administrarlo e informar de los resultados obtenidos en el test, para que el interno mejore en ciertos aspectos que presenta como debilidades.
- Al no tener un diagnóstico en firme por parte de la psicóloga, se baraja en principio un trastorno de la personalidad antisocial, debido a la falta de remordimientos, como indica la justificación de haber dañado a otros, y una incipiente irritabilidad y agresividad en ciertas situaciones. Al no cumplir fehacientemente los criterios del DSM-IV-TR, se descarta la existencia de tal trastorno. Limitando este tipo de conductas a ciertas circunstancias donde aparecen y no como un patrón estable de comportamiento.
-

DESCRIPCIÓN CASO N °2 : M.A.C.

Datos personales:

- Edad: 40 años.
- Sexo: varón.
- Lugar de nacimiento: Vera (Almería.)
- Ocupación: industria del calzado y constructor.
- Estudios: Deja de estudiar a los 16 años.
- Estado civil: separado.

Historia previa y descripción del caso:

El interno es natural de Vera y es el menor de cuatro hermanos. Su madre es la dueña de un puesto de carnicería en el mercado y es muy querida en el pueblo. Su padre no tiene profesión conocida o al menos eso nos refiere el interno. Actualmente apenas tiene relación con las hermanas por cuestiones de dinero y peleas de herencias, nos comenta que sus hermanas no le ayudan en cuestiones que necesita estando él interno en prisión. Su madre está ingresada en una residencia, cuando habla de ella se emociona mucho y nos comenta con orgullo que “es una gran mujer”, se culpabiliza de que esté interna allí y de ciertas situaciones donde no ha sabido defenderla. Cuando habla de ella normalmente se echa a llorar.

Cuenta con una pareja con la que ha estado conviviendo desde el 2000 hasta el 2007, nos refiere que su ex –mujer padece trastorno bipolar y que le ha hecho sufrir mucho. Vive una relación muy tumultuosa con ella que incluso, nos confiesa, le lleva a ingresar en Salud Mental una vez por un intento de suicidio. Nos refiere que en bastantes ocasiones ella no se toma el tratamiento para su trastorno y que ello le lleva a desaparecer sin previo aviso, pasando largas temporadas fuera de casa sin decir donde esta, con el consiguiente problema familiar que eso conlleva. Han dejado la relación y la han vuelto a retomar en varias ocasiones, no obstante es la madre de sus dos hijos, de 6 y 8 años respectivamente. Es consumidora de revuelto y hachís, consumo que realiza delante de la madre del interno y de sus hijos. El interno se culpa de haber permitido esta situación y dice estar muy preocupado de que sus hijos estén con ella, porque no desea que estos vean esta conducta como normal. Hay rumores en el pueblo de ha ejercido la prostitución y cuando le pregunta sobre estas cuestiones lo engaña continuamente. Asimismo cuenta con una denuncia de malos tratos por parte de su ex pareja que al final no fue tramitada, me confiesa que le propina una bofetada cuando se

entera de que ella se ha acostado con un inmigrante. Las situaciones de esta índole se repiten constantemente y él se siente desequilibrado y desbordado. La describe como una persona mentirosa e interesada y actualmente no quiere saber nada de ella. Divaga un poco cuenta nos refiere estos sucesos y evidenciamos que se siente avergonzado y le cuesta muchísimo hablarlo y le produce gran dolor.

Tiene un largo historial de consumo que se remonta a los 16 años donde comienza con el hachís, a los 21 con la cocaína y a los 26 con “revuelto”, mezcla de cocaína y heroína. Cuenta con tres ingresos en el CPD, la última vez en 2006, año desde el que no ha vuelto a consumir. Las tres veces es llevado por su madre al centro, denotando la buena relación que tiene con ella.

Es testigo de los malos tratos que sufre su madre a manos de su padre, desde muy pequeño. Maltrata también a la hermana que le precede, pero hacía su hermana y hacía él nunca existieron maltratos físicos pero sí psicológicos. Es un problema que se encuentra latente en el contexto familiar, que se sabe pero que no se habla. Las conductas abusivas de éste son constantes, haciéndole firmar, en última instancia, un poder, donde le cede todas sus propiedades. Su madre no quiere separarse de él y vive en silencio su situación. El interno nos lo describe como una persona alcohólica y sin escrúpulos, que siempre se ha comportado como alguien frío y manipulador.

Es una persona cariñosa, cercana y trabajadora. Se preocupa mucho por sus hijos y su único deseo es salir pronto para estar con ellos.

Diagnóstico:

EJE I: F.14.2 Dependencia de cocaína.

F. 10.1 Abuso de alcohol

EJE II: Z03.2 No hay diagnóstico.

EJE III: Ninguno.

EJE IV: Víctima de maltrato psicológico.

Espectador de maltratos físicos

EJE V: EEAG= 80.

Historial delictivo:

El interno se encuentra en prisión por conducir sin permiso de circulación, acusado de un delito contra la salud pública. Ha estado en prisión por el mismo delito anteriormente. Y hace unos cuatro años, por quemar el coche de su padre, en un ataque de ira.

Se desestima este caso por las siguientes razones:

- Llevar el ritmo de las sesiones es extremadamente trabajoso con este interno. Su verborrea incesante alarga hasta la saciedad cualquier intento de llevar la evaluación por los cauces deseados.
- No tiene muy clara las funciones del psicólogo y se obstina en hablarnos de sus problemas económicos y de sus terrenos, o de otros temas que son competencias de otros miembros del Equipo Técnico.
- Tiene un Trastorno por consumo de sustancias, actualmente en remisión. Deja de ser consumidor aproximadamente hace 4 años, con lo cual no podemos abordar este problema por estar en la actualidad controlado.
- Tiene varios ingresos en Salud Mental, pero es un tema del que interno rehusa hablarnos y evade con rodeos. Cuando sale la cuestión la pasa de soslayo y lo trata como algo sin importancia, a pesar de averiguar posteriormente en sesión que uno de los ingresos viene a consecuencia de un intento de suicidio.
- La concesión del 3 Grado, hace que el interno este menos involucrado en la evaluación y que este más distraído, debido a su pronto cambio de situación en la prisión.

- En la actualidad no presenta ninguna problemática constatada y de relevancia como para tener que poner en marcha un tratamiento.
- El interno ha vivido una historia de maltratos de su padre hacía su madre, y una de sus hermanas, que es uno de los sucesos más relevantes de su historia personal. Es algo que le produce mucho dolor recordar, al no presentar secuelas visibles o que redunden en conductas que se presenten en la actualidad, se considera innecesario ahondar en estos episodios si no se consigue ningún beneficio terapéutico con ello.
- La actitud del interno para emprender un tratamiento es un punto significativo, y el interno a pesar de ser una persona cariñosa y cercana, con el que se establece una buena relación, no siente la necesidad y no presenta la actitud y las ganas para acometer ningún tipo de tratamiento.

JUSTIFICACIÓN DE LOS CASOS:

De los casos evaluados, se eligen dos de ellos, por varias razones que se manifiestan a continuación:

- Los casos elegidos presentan sendos trastornos de personalidad. Decidimos escoger esta temática como hilo conductor, por la riqueza psicológica que implican y por la oportunidad que se nos ofrecía para profundizar en ellos. Uno de los casos, presenta un diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad y en el otro caso se nos brinda el trato directo con uno de los trastornos más complicados y que suscita más polémicas, como es el trastorno límite de la personalidad.
- La temática nos parece complicada y de gran interés psicológico.

- Existe una buena y más consolidada relación terapéutica en los casos elegidos que en los que se decidió no intervenir. Huelga decir la importancia de este proceso en el desarrollo del curso terapéutico y en los resultados finales del tratamiento. Esta alianza posibilita una mejor evaluación y exploración de los reclusos.
- Los dos reclusos elegidos tienen deseos de cambiar. En el caso de la interna, reconoce ciertas conductas que sabe que son problemáticas, y esta abierta al cambio y a mejorar, pero carece de las herramientas necesarias para acometerlo. El caso del interno tuvo una evolución diferente pero que converge en idénticas intenciones. Al principio muestra una resistencia al cambio bastante importante, de hecho niega tener ningún problema al comienzo de la evaluación, pero en el transcurso de las sesiones varía en un deseo profundo de cambio.
- Los internos son más colaboradores en la terapia y están más implicados en ella. Acogen la incorporación a ésta con mayor ilusión y expectativas.
- Las habilidades de comunicación de los internos seleccionados son más eficaces que la de sus compañeros. Así el transcurso de la terapia es más cómodo y puede tener unos mejores efectos.
- Las conductas problema son más fácilmente identificables en estos reclusos y se pueden definir operacionalmente con mayor precisión, propiciando la elaboración de un análisis funcional más exacto.

INFORME CASO N°3: I.M.R.A

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico “límite” fue introducido en la década de 1930 para etiquetar a aquellos pacientes que presentaban una mezcla de síntomas neuróticos y psicóticos

(Stern, 1938). durante algunos años el término fue usado de forma coloquial por los psicoanalistas para describir pacientes que aun teniendo serios problemas de funcionamiento, no entraban dentro de las categorías diagnósticas y eran difíciles de tratar con los métodos analíticos convencionales.

Dentro del modelo psicoanalista (ya menos ortodoxo) la figura de Kernberg (1975) tuvo mucha importancia en el camino hacia la conceptualización al principio señalada. Como resultado de sus estudios se fue hablando cada vez más de una "estructura de personalidad borderline" como algo estable y diferenciable, tanto de la neurosis (por la especial combinación y fluctuación de síntomas) como de la psicosis (episodios menos intensos y más cortos ligados a factores estresantes, mantenimiento del contacto con la realidad); y que por tanto iba adquiriendo identidad propia

No obstante la heterogeneidad de la población denominada "borderline" dio pie a la aparición de diversas teorías explicativas: El modelo biológico, que considera que el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos cada uno con un origen, curso y pronóstico propio. Propone tres subtipos de borderline: el relacionado con la esquizofrenia, el relacionado con los trastornos afectivos y un tercero relacionado con trastornos cerebrales orgánicos.

Un tercer modelo es el "eclectico-descriptivo", también seguido por el DSM. Es de destacar la obra de Gunderson (1984); que desarrolló la entrevista diagnóstica del trastorno borderline (DIB), utilizada actualmente para diagnosticar el trastorno en sujetos objeto de estudios clínicos. El DIB y el DSM-IV recogen los más recientes criterios para definir el TLP.

El modelo cognitivo considera el trastorno como resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales. Beck (1990) es su mayor representante. Un quinto modelo es la teoría biosocial del aprendizaje propuesta por Millon (1987):

según su teoría el patrón borderline de personalidad resulta del deterioro de patrones previos no tan graves. Millon hace hincapié en los muy diferentes antecedentes y anamnesis de los pacientes borderline. Se propone la interacción recíproca de factores biológicos y aprendizaje social en el origen del trastorno.

Partiendo del modelo biosocial Linehan (1993) desarrolla la teoría dialéctica: la mayoría de los comportamientos del TLP se pueden explicar como resultado de errores dialécticos (o de diálogo) entre los polos opuestos en los que a menudo se mueve el borderline. Un ambiente invalidador se considera como uno de los factores que contribuyen al desarrollo del TLP. La propuesta de Linehan difiere en algunos aspectos de los modelos cognitivo, conductual y biológico clásicos y supone un original y prometedor abordaje terapéutico del TLP. Exponen los autores que la terapia conductual dialéctica o TDC está diseñada para individuos severamente disfuncionales, suicidas crónicos, y la orientación teórica de este tratamiento es una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. Dentro de estas teorías tan distintas, la orientación conductual es contrarrestada por la aceptación del paciente extraída del Zen y la práctica contemplativa de Occidente, y la equilibración de esos dos polos se resuelve por lo que denominan el marco dialéctico, es decir, un tener en cuenta orientaciones que aparecen como contradictorias entre sí y la búsqueda de una síntesis entre ambas. Aunque los procedimientos y estrategias que usan están basados en la teoría conductual, los autores reconocen que superponen otras orientaciones muy diversas de terapia, como teorías psicodinámicas, centradas en el paciente, cognitivas, y las denominadas “estratégicas”. Los autores utilizan el término “dialéctica” aplicado a la terapia con dos sentidos. Por un lado como una visión del mundo o posición filosófica, de donde parte el desarrollo de las hipótesis teóricas que explican los problemas del

paciente y el tratamiento. Por otro lado como método de diálogo y de relación, de donde se derivan las estrategias usadas por el terapeuta para obtener el cambio.

La dialéctica como visión del mundo quiere decir que se enfatiza el conjunto, la interrelación y el proceso (o cambio) como características fundamentales de la realidad. Se ve el conjunto no como la mera suma de partes, ya que para analizar cada parte ha de ponérsela en relación con el todo. En cuanto a la dialéctica como persuasión, dentro la relación y el diálogo entre dos personas, se refiere al uso de la persuasión para producir el cambio, basándose para ello en las oposiciones inherentes a la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Teoría biosocial : la disregulación emocional

Para Linehan, el trastorno límite consiste principalmente en una disfunción del sistema de regulación de la emoción, y a partir de esto, lo cual considera el núcleo de la patología y no sólo lo más sintomático o manifiesto, se dan el resto de los síntomas conductuales típicos del cuadro.

Esta disfunción a la hora de regular las emociones tiene por un lado *causas biológicas* que tienen que ver con la vulnerabilidad inicial del sujeto, por la cual es muy sensible a los estímulos emocionales..

Por otra parte, como el nombre “biosocial” indica, para Linehan no es suficiente que se dé en el sujeto esta vulnerabilidad inicial sino que, además, éste ha de estar expuesto a un “entorno invalidante”. Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos. No se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Estas familias tienden a valorar el control de la expresión emocional, transmiten que la solución de los problemas es más simple de lo que realmente corresponde, y no toleran la manifestación de afectos negativos. la persona con TLP, que no sabe cómo etiquetar y cómo regular su

excitación emocional, ni confía en sus respuestas emocionales para interpretar y juzgar los hechos. El sujeto desconfía de sus propios estados internos, lo que le lleva a una sobredependencia de los otros, y esto a su vez impide el desarrollo de un sentido del *self* cohesionado. Estos tres factores, las relaciones con los demás, la capacidad para regular las propias emociones y el sentido del self estable y cohesionado, influyen recíprocamente entre sí y, por tanto quedan todos alterados. Por último, para Linehan las conductas autolesivas de los sujetos límite se interpretan como intentos de regular el afecto, y además tienen un importante papel comunicativo en tanto que provocan conductas de ayuda en un entorno que en sí no responde empáticamente hacia ellos.

La investigación y publicaciones en torno al TLP están en un buen momento de auge, lo cual da buenas perspectivas para comprender mejor y tratar este controvertido y apasionante trastorno. El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), también llamado Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad, constituye una variante alejada de lo que es habitual en la mayoría de personas en cuanto al conjunto de rasgos emocionales y conductuales constitutivos de la forma de ser. Además en el TLP dichos rasgos son inflexibles e impiden la adaptación del individuo al medio en el que vive. La comprensión y tratamiento del trastorno supone en la actualidad uno de los mayores retos para la psiquiatría, la psicología y la sociología, suscitando un interés especial entre las comunidades terapéuticas de todo el mundo.

Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es del 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias.

Manifestaciones clínicas: Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias,

junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria, se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas, sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración.

Las representaciones objétales internalizadas han sido creadas de forma rudimentaria y se componen de aprendizajes repetidamente abortados que dan lugar a recuerdos conflictivos y emociones contrarias. (Millon, 1999.)

En situaciones de estrés retrocede hacia niveles de tolerancia de la ansiedad, control de los impulsos y adaptación social, que son muy primitivos desde el punto de vista del desarrollo. (Millon, 1999).

Con un estado de ánimo lábil. No consigue adaptar su estado inestable a la realidad externa; experimenta cambios acusados desde la normalidad a la depresión o la excitación, o pasa por períodos de abatimiento y apatía en los que se intercalan episodios de ira intensa e inapropiada y momentos de ansiedad y euforia. (Millon, 1999)

El trastorno es estable a lo largo del tiempo, se aprecian mejorías según el paciente llega a los 35-40 años. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva, el deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

DATOS PERSONALES

- Nombre del interno: I.M.R.A
- Lugar de nacimiento: Adra (Almería).
- Edad: 27 años.
- Sexo: mujer.
- Estado civil: soltera.

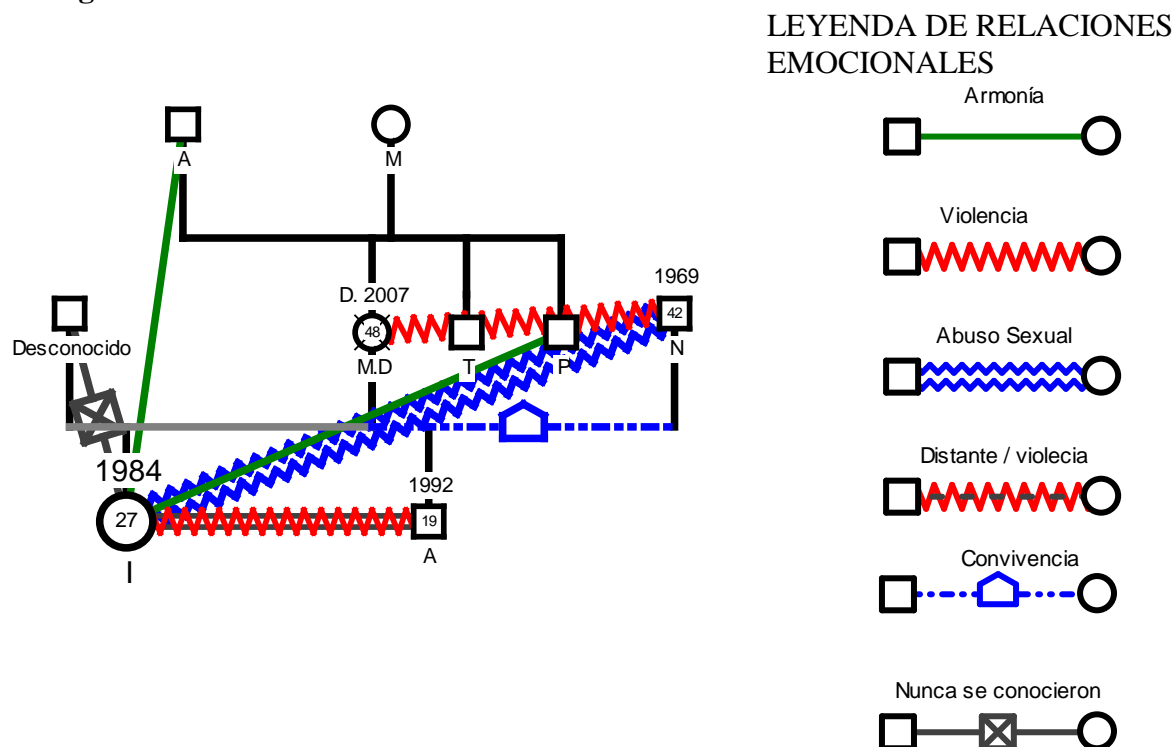
MOTIVO DE CONSULTA

Derivación por parte de la psicóloga de la cárcel que tiene a la interna a su cargo, para Terapia de Apoyo debido a la conflictividad su conducta que afecta a funcionarios y compañeras de módulo.

La psicóloga define el objetivo que se debe seguir como punto de partida en reconocer en que tipo de situaciones se producen las conductas autolesivas que presenta la interna, con la intención de reducirlas.

GENOGRAMA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Genograma



La interna tiene 27 años de edad y es natural y residente en Adra. Su madre M. , fallece hace cuatro años a causa de una sobredosis cuando tiene 48 años de edad. Era consumidora habitual de todo tipo de drogas y la interna es consciente de esa situación. La madre pasó temporadas en la cárcel por motivos que la interna no especifica en terapia. La paciente habla de ella con mucho cariño y dulzura, sentía una fuerte necesidad de protegerla y refiere que la quería mucho y que la echa mucho de menos. Reporta que desde su muerte los sentimientos de soledad, que dice haber padecido siempre, se han vuelto más acuciantes.

De padre desconocido, su madre nunca la informó de quién era y no quería abordar nunca el tema. La paciente se pregunta en reiteradas ocasiones, el porque del silencio de su madre.

Su padrastro, N., de 42 años de edad, llevaba con su madre desde que la paciente tiene tres años de edad. Sufre abusos sexuales por parte de éste desde que es una niña.

Sus abuelos son un pilar muy importante para la interna, cuando hace mención a ellos, especialmente a su abuelo, de 76 años, se emociona considerablemente, y dice sentirse muy culpable por el sufrimiento que le ha causado. Durante su etapa de mayor consumo le robaba dinero para poder comprar droga, llegando a amenazarlo, conductas de las que siempre se arrepentía después. Su abuelo al ser muy mayor y estar enfermo no puede acudir a prisión a verla, además de esta circunstancia, la interna, a pesar que querer verlo, prefiere que no venga para evitarle un sufrimiento mayor, y porque piensa que contemplarla en esa situación , “acabaría matándolo”, en palabras de la interna.

Tiene un hermano, Adrián de 19 años. Es hijo de su padrastro y de su madre. La relación con él es ambivalente. Nos refiere episodios de agresividad focalizados en ella que se alternan con episodios de cierta tranquilidad .Vive con su abuela y no estudia ni trabaja. Tampoco viene a visitarla ni se pone en contacto con ella, demostrando un cierto desinterés hacía la misma . La interna lo describe como una persona que solo se preocupa de si misma y que es manipuladora.

Habla de dos tíos suyos con los que tiene muy buena relación. Su tío T., hermano de su madre, tiene un barco con él que pesca y tiene contacto con él con relativa frecuencia. Y su tío P., que es con el que mantiene más contacto, hermano también de su madre. Va a visitarla con regularidad y es el que la mantiene informada de los sucesos importantes en el exterior. Sin ocupación conocida, suele robar dinero para poder ingresárselo en el peculio y que no le falte de nada. Comenta, con rabia, que al ser

homosexual su hermano le pega y le insulta por ello. Cuando estaba fuera de prisión siempre lo defendía y se lamenta que ahora nadie podrá protegerlo.

HISTORIA PREVIA Y DATOS RELEVANTES

A partir de las entrevistas realizadas se expone la siguiente información relevante:

Lo más característico y lo que ha marcado más la historia de la interna son los abusos sexuales sufridos por su padrastro. Abusos que empezaron alrededor de los 6 años y que posteriormente, entrada en la adolescencia, se tornaron en abusos físicos. La interna describe a su padrastro como una persona manipuladora, que le pegaba y abusaba de ella. La paciente no sabe si la madre estaba al corriente de estos episodios o si prefería vivir en la ignorancia. No la culpabiliza de estos incidentes sino que, más bien, como se ha comentado líneas arriba, un sentimiento de protección invadían a la paciente con respecto a ella. Su padrastro es consumidor de base, caballo, hachís, alcohol y heroína. Eran habituales las peleas con su madre, sobre todo cuando él se encontraba drogado o bebido, en las que la interna siempre intentaba mediar para defenderla.

Cuando sufre los episodios de abusos, es incapaz de hacer frente y defenderse de su abusador, manteniendo una actitud pasiva, actitud acompañada de sentimientos de rabia e ira. Las emociones de impotencia también son frecuentes.

Hace mención a ciertos momentos donde recuerda que comenzó todo el historial de abusos. A los 6 años, su padrastro se la llevo sola a la playa, donde se masturbó delante de ella, obligándola a mirarlo y contemplar la escena. La amenazó después con pegarla hasta matarla si se lo contaba a su madre. A los 11 años, le regaló un bikini, obligándola a que se lo probará después delante de él. Estos siempre se producían con las mismas amenazas después de que si lo contaba la mataría a ella y a su madre.

La paciente reporta que sufría mucho con este tipo de situaciones, que no eran sino la punta del iceberg de un sinfín de abusos y amenazas. Informa de ellas con un tono de voz rabioso, con ira. Se siente injustamente tratada, y avergonzada por estas vivencias, asimismo se siente humillada si las demás internas del módulo se enteran de lo que le había sucedido.

A medida que la paciente va cumpliendo años y la interna cuenta con 16 años de edad, coincidiendo la salida del internado donde estudiaba, los abusos que antes eran contenido sexual, se tornan en abusos físicos. Es habitual que su padrastro les pegara a ella y a su madre, haciéndose más brutales las palizas cuando su padrastro bebía. La paciente notifica que estos maltratos siempre estaban focalizados en ellas y jamás en su hermano, preguntándose ésta, si sería a causa de que éste fuera, verdaderamente, su hijo o por ser un hombre. La convivencia en la casa es muy difícil para la interna y, a veces, se hace insoportable. Así, las idas y venidas a la casa de sus abuelos y a varios centros donde estuvo interna estudiando se suceden, convirtiéndose en una constante, con el retorno a la casa familiar. En las temporadas pasadas en casa de sus abuelos, informa que su padrastro iba a buscarla en reiteradas ocasiones para que volviera, a lo que ella y la familia se negaban. Apenas da información acerca de su estancia en los internados, que abarcan desde los 9 años hasta los 15, solo refiere que se sentía muy sola y echaba de menos a su familia.

Su padrastro se encuentra actualmente recluido en prisión, debido a la implicación en una pelea, en la que ella se encontraba presente. Los continuos intentos de acercamiento por parte de él, angustian e incomodan a la paciente sobremanera. Se muestra cohibida ante los encuentros con éste por los pasillos y nos reporta que no sabe como actuar y que se bloquea. Dice también no saber con claridad que tipo de sensaciones la embargan

cuando lo ve. Experimentando sensaciones que van desde la pena, hasta la rabia y la frustración.

Sus relaciones sentimentales son tumultuosas y le generan un sinfín de conflictos. Se somete a relaciones abusivas. La más reciente es un claro ejemplo de ello. Ha estado con su última pareja, con la que llevaba cuatro años, desde la muerte de su madre, hecho que, informa, precipitaron esta relación dañina. Tras esta muerte la paciente se siente muy sola y encuentra a su pareja, a pesar de que estaba casado y ella lo sabe sigue adelante con la relación. Al principio reporta no estar enamorada y encontrar una vía de escape para su soledad, hasta que se enamora. Su pareja es alcohólico y sufre malos tratos por parte de él, ella lo justifica diciendo que lo hacía cuando estaba bebido. Actualmente se encuentra en prisión por la implicación en el homicidio cometido a manos de éste. Ha protagonizado varios altercados en el módulo, con la esposa del susodicho, que también se encuentra en prisión. Durante su estancia en la cárcel ha tenido contacto con varios internos. En la actualidad mantiene correspondencia con otros dos internos, uno de los cuales presenta el perfil abusador y consumidor de sustancias.

El proceso de socialización es deficitario. Las pautas de crianza están salpicadas por episodios de abusos y frustración, donde la asunción de valores marginales por parte de la familia más cercana, como es la madre y su cónyuge, difieren mucho de ser los adecuados.

Se cría en un entorno inestable y ambivalente. Donde la normalidad vienen a ser los conflictos, los abusos y las conductas agresivas. Tanto por parte de su padrastro, como de su hermano. Estos episodios se alternan con ciertos acercamientos cariñosos, que se encuadran en un ambiente donde la droga y la violencia es la pauta a seguir.

La terapia no se llegó a finalizar por la marcha de la interna a otra prisión, marcha que se precipitó debido tres partes graves en apenas un mes:

- Agresión a una compañera de módulo
- Amenazas a una funcionaria
- Amenaza a la encargada del economato (éste último sostiene que es mentira y que es un complot de ciertas compañeras del módulo para echarla de esta prisión.)

Historial Delictivo:

La interna se encuentra en prisión actualmente acusada de cómplice de homicidio. participó con su pareja en esos momentos, en un robo contra un ciudadano, que acabó con la muerte de este, a causa de varias puñaladas, a manos de su pareja. Tiene impuesta una condena por estos hechos de 16 años.

Asimismo ha estado ingresada en prisión anteriormente por conducir sin carnet, y por varias peleas en la que es protagonista.

Tiene una causa pendiente por una pelea en un bar, de la que fue testigo y en la que se encuentra implicado su padrastro.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

La historia de consumo empieza en una edad muy temprana, a los quince años, edad de comienzo de consumo que coincide con su salida de los internados y la vuelta a casa de su madre.

Primero con el hachís y más adelante con la cocaína y base. El consumo de pastillas, como Tranquimazin, ya empieza en esa época, aunque es en la cárcel donde se incrementa con más crudeza. El consumo de pastillas en prisión fluctúa entre un consumo masivo y uno más moderado. Deja de tomarse las pastillas a su antojo, y varía las dosis dependiendo de su estado de ánimo, con el consiguiente desequilibrio que eso

produce en su cuerpo. El consumo aumenta cuando tiene problemas, o cuando hay un conflicto emocional que no puede resolver. Las pastillas la desinhiben, la relajan, y le hacen sentir que no hay nada a su alrededor. Sus problemas se contemplan lejanos.

Después de los partes graves, el consumo de sustancias alcanza sus cotas más altas. Al asistir a una sesión me comenta que , el día anterior, se ha tomado 5 tranquimazin. Cuando abusa de las pastillas se encuentra con la mirada perdida, somnolienta y en un estado inconsciente.

Relación de pastillas que consume:

Tranquimazin: ansiolítico.	0-0-1
Resex: antidepresivos.	1-0-0
Lyricas: antiepilépticos	1-0-1

Estas pastillas son recetadas por el médico de la prisión y es el tratamiento que la interna toma cuando sufre esos episodios agresivos. En la actualidad el médico solo le tiene prescrito el tranquimazin para poder descansar por las noches.

MÉTODOLOGÍA Y EVALUACIÓN

La evaluación se lleva a cabo mediante la observación de la interna a lo largo de diversas entrevistas así como de la información proporcionada por su psicóloga.

Las entrevistas se realizan a lo largo de unas nueve sesiones de duración variable, que se dispusieron, primeramente, una vez por semana, y más adelante, previa negociación con la interna, se estipularon en dos días en semana. Las entrevistas se desarrollan en un período de tiempo que oscila entre una hora, hasta dos horas, dependiendo del desarrollo de la sesión y de las necesidades que de ella se desprendían.

A causa de la repentina terminación de la terapia, debido al traslado de la paciente a otra prisión, hecho motivado por los conflictos acaecidos en el módulo, y que precipitaron su marcha debido a los tres partes graves que se le impusieron a la interna,

no se la pudo evaluar con el cuestionario de Millon, contrastar las hipótesis que se plantearon a través de la observación de la paciente y de las valoraciones con la profesional. De esta manera la información recabada se limitó a las observaciones, a las valoraciones conjuntas con su psicóloga y a la información proporcionada por esta.

A consejo de la psicóloga del centro se optó por un estilo de interacción no directivo, donde el desarrollo de las sesiones estaba marcado por las necesidades de la interna en terapia. La psicóloga informó de una posible actitud recelosa por parte de ésta, debido a los continuos conflictos con las funcionarias, y cierta rebeldía hacia la jerarquía existente en la institución penitenciaria. Asimismo su inserción reciente en el programa de PPS, programa de prevención del suicidio, en el que estuvo unos tres meses al cuidado de otra interna, recomendaban cierta prudencia. Se produjeron conductas autolesivas graves, que pusieron en alarma al personal de la prisión.

A pesar de las dudas previas, la paciente acogió la incorporación a la terapia con gran interés y entusiasmo, y se sentía muy cómoda hablando con el terapeuta, hasta el punto de que, incluso en la primera toma de contacto, se mostraba muy cómoda y risueña y no paraba de repetir frases tales como “ que contenta estoy de que me estés ayudando”, “ que suerte he tenido de dar contigo, me caes genial”, o “ que bonita eres”. Esta predisposición no hizo sino contrastar con la actitud posterior, más concretamente en la segunda sesión donde recibió la visita del terapeuta con poco menos que desgana y sorpresa. Si es digno de mención que a pesar, de los cambios de humor patentes en la terapia, ya fuera por su estado de ánimo variable o inducido por el consumo de pastillas, como se comprobó después en el desarrollo de las sesiones, se estableció una excelente alianza terapéutica, donde la paciente se sentía muy cómoda y el presumible recelo inicial informado por su psicóloga, se convirtió en un alivio para la interna, como así nos hacía saber ella y donde nos relató momentos difíciles en su vida, con una

tranquilidad inusual debido al contenido de sus manifestaciones. Cabe mencionar también que, debido a la condición de la interna y a lo delicado de ciertos temas, se notó el beneficio positivo que reportaba en ella, cierto toque de humor al final de cada sesión, que servía para relajar la tensión que, con frecuencia sufría, y se hacía notoria en las sesiones.

A lo largo de la evaluación la conducta de la paciente es muy variable, como se ya ha comentado líneas arriba, pasando de estados que van de la alegría a la disforia y que, a veces, dificulta el desarrollo de las sesiones. Este estado de ánimo inestable, se refleja en que hay días en los que siente muy contenta y activa, implicándose en numerosas actividades en la cárcel y días que le gustaría quedarse recluida en su celda, sin ver a nadie y cualquier ocupación le supone un gran esfuerzo. Es una de las características más representativas de la paciente y fácilmente observable, que nos dieron pie a construir nuestras hipótesis, de ahí el interés en destacarlo.

La agresividad es una de las características más problemáticas de la paciente. Una de las justificaciones de la derivación por parte de la psicóloga. Abarcan conductas autolesivas, que han sido constantes en su vida, tanto fuera como dentro de prisión. Estas conductas autolesivas vienen siempre acompañadas de una explosión de gritos y lloros, y se producen casi inmediatamente, cuando aparece la situación estresante. Se presentan en cualquier lugar y la paciente refiere ser incapaz de controlarlas. La agresividad, tanto física como verbal, hacía los otros, es la que dispara su traslado a otra cárcel. Reporta que siempre se arrepiente de sus conductas y sabe que no son adecuadas, pero informa, nuevamente, que es incapaz de controlarlas.

Test que se hubiera aplicado para evaluar a la paciente:

- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Es un instrumento formado por 24 escalas clínicas que valoran tanto la patología de la

personalidad, según DSM-IV, como los trastornos de estado más prevalentes (Millon, Millon y Davis, 1994). Su realización requiere un tiempo comprendido entre los 20 y los 30 minutos.

El resumen de los resultados de la evaluación nos informa:

- La paciente se implica en conductas agresivas y autolesivas que es conveniente reducir.
- El estado de ánimo de la paciente fluctúa entre la euforia y la disforia rápidamente.
- Tiene dificultad para controlar sus impulsos.
- Es ambivalente en sus relaciones, que están marcadas por la pasión o la devaluación.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Aplicando el DSM-IV-TR, observamos que, a nuestro juicio, cumplen muchos criterios que corresponden al trastorno límite de la personalidad. Huelga decir que el diagnóstico de la paciente, tras varias reuniones con la profesional que la llevaba, es confirmado por ésta.

EJE I: Trastorno por consumo de sustancias.

Trastorno que se da en la actualidad, que tiene como edad de comienzo los 15 años. La interna refiere que siempre se ha mantenido, y que solo varían las cantidades y la frecuencia, pero que es estable en el tiempo y nunca ha puesto medios para su remisión.

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F 13.2 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

EJE II: F60.31 Trastorno límite de la personalidad.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., sexo, abuso de sustancias).
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.

(7) Sentimientos crónicos de vacío.

(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.

EJE III: No se especifican.

EJE IV: problemas psicosociales y ambientales.

Problemas con la justicia: su conducta la he llevado a su situación actual con una condena muy larga. Asimismo tiene un juicio pendiente por otro altercado con la ley.

Problemas sentimentales: se embarca en una serie de relaciones dañinas, que no hace sino acrecentar sus conflictos y llevarla a situaciones al extremo. Se involucra en gran cantidad de historias sentimentales.

Problemas sociales: se granjea numerosas enemistades y conflictos sociales. No se adecua correctamente con los valores de la sociedad actual, y puede tener muchas dificultades para desenvolverse en un contexto normalizado.

EJE V: El nivel de funcionamiento global se estimaría con la Escala de Evaluación de la actividad global incluida en el DSM-IV-TR (APA 2002). Esta escala puntúa el funcionamiento global del sujeto teniendo en cuenta su actividad psicológica, social y laboral en un continuo que va desde la salud plena (100) a la incapacidad total (1).

Con las valoraciones con la psicóloga y contrastando información con ella, se planten varias hipótesis de aspectos que conforman la personalidad de la interna. Se describen y se pormenorizan con el objeto de dar unas posibles pautas explicativas para la comprensión de la paciente. A partir de la información recabada se infiere:

- Adaptación social: debido a los conflictos de los que es protagonista y de las valoraciones del personal que ha tratado con la interna, se estima que la adaptación social que presenta es insuficiente y dista mucho de ser la adecuada. Le cuesta mucho modificar sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social y es incapaz de dar una respuesta

apropiada a las exigencias del ambiente (Pichon-Rivière, 2001). A veces, puede ser una persona extrovertida y de trato agradable pero los continuos ataques de ira y agresividad le granjean numerosas enemistades en el módulo, enemistades que ella misma alienta con una actitud desafiante. La ambivalencia en las relaciones se hace patente, provocando pasiones y desagrado por partes iguales. La paciente es alguien que se hace de notar y no pasa inadvertida a nadie en el módulo.

- Ajuste emocional: la intensidad de sus reacciones emocionales es evidente y desproporcionada. Pasa de la euforia a la disforia en cuestión de minutos. Le cuesta identificar sentimientos, teniendo más dificultad con las emociones de contenido negativo, que son las que la causan más problemas y las más complejas de dominar. Podríamos hablar de una cierta labilidad emocional, con cambios rápidos de humor, que pueden ser suscitados y desaparecer fácilmente. Es muy importante el ajuste emocional en la adaptación al medio, de manera que juega un papel importante en la expresión, percepción y conocimiento de emociones, y en la regulación de los estados de ánimo. (Fernández- Berrocal, Ramos y Extremera, 2001).
- Autoestima: de la información recabada y de las valoraciones, se estima que la paciente presenta una autoestima baja que implica insatisfacción, rechazo y desprecio hacía si misma. Nos refiere un sentimiento de minusvalía y auto-invalidación, con dificultades para reconocer y aceptar sus propias reacciones emocionales. Nos informa que, en muchas ocasiones, se siente culpable e insegura y cree que no es válida para nada. Se hace eco de las afirmaciones que circulan acerca de ella en el módulo, y se considera a si misma una persona dañina y mala, a lo que, reacciona con un intenso dolor y angustia. Es muy

sensible a las críticas y , aunque en público intenta demostrar indiferencia hacia ellas y una marcada actitud desafiante , lo cierto es que, en privado y cuando se siente segura, se derrumba ante las reprobaciones que soporta. Las conductas de ira y agresividad, son consideradas por la paciente como las más importantes de sí misma y la que la definen mejor. Costándole mucho trabajo identificar cualidades positivas de ella misma. La importancia de la autoestima reside en que ella constituye la plataforma desde la cual proyectamos las diversas áreas de nuestra vida. (Montoya y Sol, 2001).

- Impulsividad: la paciente tiene una acusada falta de control de impulsos. Esta impulsividad se hace visible sobre todo en sus relaciones con los demás. La imposibilidad de dirigir y dominar sus impulsos viene acompañada , frecuentemente, de un sentimiento posterior de culpa o arrepentimiento. La interna informa de su deseo de cambio.
- Tolerancia a la frustración: la tolerancia a la frustración que se desprende de la paciente es muy baja. Cuando un estímulo o situación no se adecua a sus expectativas sus reacciones son desproporcionadas. Cuando se enfrenta a episodios donde se siente frustrada, las emociones de cólera o tristeza, se presentan casi de inmediato, con la consiguiente falta de control ante estos. Se siente enfadada ante cualquier problema o molestia que provoca una inadecuada solución de los mismos. Inferimos que la historia de aprendizaje de la paciente conlleva una frustración incipiente relacionada con su entorno familiar, donde éste en vez de ser el canalizador de la frustración es la fuente de ella. (Cuadra.)
- Habilidades de comunicación: una de las quejas de la interna es que no sabe decir que no en situaciones donde le gustaría hacerlo y cuando lo consigue lo hace de una manera brusca. No sabe ser asertiva y le cuesta expresar opiniones y

pensamientos de forma correcta y en el momento oportuno, e implica saber defenderse de las conductas poco cooperadoras de otros sin agresión ni pasividad.(Salmurri, 2004.)

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

En los objetivos propuestos por la institución penitenciaria, se encontraban algunos que eran importantes para mantener el equilibrio de la cárcel como eran:

- Reducir la frecuencia de las conductas agresivas. Debido a la repentina terminación de la terapia y a la dificultad del caso, se pudo acometer un primer análisis funcional de estas conductas problema. La justificación de dicho análisis es patente, al identificar un subconjunto de las variables funcionales cuya manipulación resulte en un cambio clínicamente significativo en las conductas problema de la interna. El análisis funcional identificaría las relaciones funcionales de la conducta problema y además, por decisión de su psicóloga, la estrategia de intervención se focalizaría en promover conductas alternativas positivas.

Análisis de secuencias de conductas:

ANTECEDENTES	RESPUESTAS			CONSECUENCIAS
Descripción de la situación	Pensamientos	R.física/emociones	Conductas	
Una chica, compañera de módulo, le ofrece a la interna en reiteradas ocasiones pastillas, para consumir	" No me está respetando" " Me quiere traer la ruina"	Rabia Impotencia	-Amenazas a la interna -Pegarle un guantazo	Se sintió más aliviada El problema desapareció Arrepentimiento Conflictos en el módulo
Le comunican la sentencia de 16 años en el patio de la Prisión	" No podré con eso" " Me hundiré" " Que será de mi"	Coraje Rabia Impotencia Sorpresa	-Pataleo -Gritos -Llorar -Arañazos profundos en el rostro	Se sintió más aliviada Descargó tensión Autocastigo

Pelea con la funcionaria encargada del módulo, por acusarla, según ella, Injustamente, de amenazar a la interna que lleva el economato	" Quiero decir lo que siento" " No me creen " " La funcionaria no me ayuda"	Coraje Rabia Impotencia	-Amenazas -Se impuso a la funcionaria -Ataques verbales	Se sintió más aliviada Arrepentimiento Se siente culpable Problemas en el módulo
La desnudan en el pasillo delante de las cámaras acusándola de tener pastillas	"Que pensaría mi abuelo si me viera así" "Mi madre ha muerto" "Me veo sola" "Estoy lejos de las personas que quiero"	Coraje Rabia Impotencia	-Pataleo -Ataques verbales -Amenazas a la funcionaria -Intento de comerse las pastillas -Intento de cortarse las venas en su celda	Se sintió más aliviada El problema desaparece No siente nada

- Trabajar en la autoestima. Para mejorar la autoestima es preciso:
 - a) Conocerse, que se refiere tanto a la mirada que uno posa en sí mismo como al modo que se presenta a los demás.
 - b) Aceptarse, es preciso ser capaz de asumir y cambiar las cosas que no le gustan de ella misma
 - c) Actuar, los éxitos mejoran la autoestima. Alcanzar pequeños objetivos permite sentir una mejora de ésta.
 - d) Aceptar la idea del fracaso, para cambiar hay que correr el riesgo de fracasar
 - e) Afirmarse, la capacidad para expresar lo que se piensa, lo que se quiere, lo que se siente, al mismo tiempo que se respeta lo que el otro piensa, quiere y siente. Aprender a ser asertiva, lo que le llevará a sentirse bien consigo mismo y desarrollar la autoestima.

Ejercicios para trabajar la autoestima:

1. Descubrir tanto las cosas buenas como las malas. Reflexión sobre como es ella misma en realidad y con sinceridad. Coger un papel y dividirlo en dos partes, en una se pondrán las cualidades y en la otra los defectos.
2. Incorporar conductas nuevas a su repertorio habitual. La autoestima en parte viene conformada por las reacciones que los demás tienen hacia nosotros. De esta manera el cambio en la percepción que los demás tienen de nosotros, pueden redundar en apreciaciones positivas en la interna.
 - Intentar practicar ser agradable con otras personas, a pesar de ser difícil al principio.
 - Valorar las cosas positivas que tienen los otros.
 - Hacer saber a la gente que está dispuesta a compartir, dar y recibir.
 - Dirigirse a los demás con una sonrisa.
 - Fortalecer sus sentido de la identidad, reforzándola positivamente en terapia, con elogios sinceros por sus comportamientos adecuados y por cualquier autoevaluación realista.
3. Trabajar en el pensamiento dicotómico. Analizar los pensamientos con estas características y explicar su conducta como parte de un continuo, un fallo no significa que todo en ella este mal. Diferenciar entre los pensamientos de todo o nada, y enseñarle que pueden existir los matices.

Tratamiento que se hubiera aplicado: **Terapia conductual dialéctica de Linehan.**

(Véase Conclusión y Discusión.)

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La problemática que presenta la paciente es muy complicada y en las pocas sesiones que mantuvimos con ella no nos acercamos, ni a una infirma parte de la globalidad del problema. Tan sólo sentamos las bases para una estrecha relación terapéutica, que quizás proviniera , más que de nuestras habilidades como terapeuta, de un relación de transferencia por parte de la interna hacía el terapeuta. Huelga decir que habría que haber trabajado eso en terapia y lograr poner límites sin que , por ello, la interna lo sintiera como un intento de abandono. Asimismo trabajar en una posible relación de contratransferencia por parte del terapeuta que podría haber dificultado la terapia.

El trastorno límite de la personalidad es un trastorno de largo abordaje en el tiempo, y apenas nos dio tiempo de explorar las etapas iniciales. Se optó más por la problemática surgida en sesión que por los objetivos que se tendrían que haber llevado a cabo.

Se intentó buscar un equilibrio entre la aceptación y el cambio. Equilibrio que, por la dificultad que se presentaban en las sesiones, a veces no se pudo llevar a cabo, centrándonos más en la aceptación, dando más importancia a la validación de la paciente.

Apenas estábamos explorando el Estado 1, según Linehan, cuando pasábamos a cuestiones referentes a otros estadios, complicándose la tarea de seguir unos objetivos establecidos. Entrando en cuestiones como la autoestima, que Linehan recomienda se trabajen en el estadio 3.

Huelga decir que la dificultad del caso sobrepasaba nuestra experiencia como terapeutas, haciéndonos recaer en multitud de errores que no pudieron trabajarse adecuadamente, debido a la abrupta interrupción de la terapia.

Las expectativas sin intervención de la interna son poco alentadoras. La parte positiva se encuentra en la predisposición de la interna y la confianza en la relación terapéutica que esta deposita. Cabe inferir que sin ningún tipo de terapia vuelva a repetir sus conductas anteriores, por la falta de herramientas y habilidades para acometer el cambio.

La estructuración del tratamiento : funciones y modos de abordaje según Linehan.

La terapia individual, es la única que se podría realizar debido al contexto penitenciario. Ésta se organiza normalmente en una sesión semanal de entre 50 y 90 minutos, pero en los estadios iniciales, o en los periodos de crisis, puede haber dos sesiones semanales.

En la terapia individual se van trabajando los objetivos diseñados de modo ordenado, pero siempre atendiendo a la relevancia que un determinado problema tenga en el presente, es decir, se prioriza el material importante que es traído a la sesión o el que se manifiesta en la misma sesión. Esto significa un trabajo siguiendo objetivos programados, diseñados en base al tipo de trastorno que se trata, pero a la vez flexibilidad suficiente como para tener en cuenta lo que en cada momento presente está siendo activado en el paciente. Por ejemplo, en el Estadio 1 se va trabajando la temática propia de esta etapa, como son los temas relacionados con las habilidades interpersonales, o con la habilidad para tolerar la ansiedad. Pero si ha habido una conducta parasuicida, o una conducta que interfiere con la terapia de las que anteriormente se han expuesto, siempre se dedica a este tema al menos parte de la sesión.

Como ayuda para establecer la relevancia de las conductas que hay trabajar, el terapeuta usa tarjetas diarias que el paciente ha de rellenar en casa, y se revisan al principio de cada sesión. En ellas el paciente escribe cada incidente de conductas parasuicidas, ideación suicida, tristeza, consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas), y la práctica de habilidades conductuales que haya realizado. Si el paciente no completa la tarjeta esto se considera una conducta que interfiere con la terapia.

De este modo, en las sesiones individuales se trabajan tanto los problemas estructurados en el programa como los que surgen espontáneamente, y se utilizan diferentes estrategias de las que se describen en el apartado próximo, incluyendo la interpretación y la validación (nombre que aquí se da a las interpretaciones afirmativas).

Estadios de la terapia y objetivos del tratamiento

Exponen los autores que TCD está creada para tratar con pacientes de todos los niveles de gravedad, y está concebida para aplicarse en estadios. Los pacientes gravemente trastornados entran en tratamiento en el estadio 1. Cada estadio prepara al paciente para el siguiente.

Pretratamiento: orientación y compromiso. A lo largo de las tres primeras entrevistas, terapeuta y paciente llegan a un acuerdo y un compromiso de trabajar juntos. Pero para esto se trabaja primero con las expectativas que el paciente tiene, estudiándose si son o no realistas.

Estadio 1: lograr capacidades básicas. Este estadio se centra en conseguir un modo de vida razonablemente funcional y estable. se trabaja todo lo relacionado con conductas suicidas y parasuicidas, incluyendo las amenazas de suicidio, planearlo, prepararlo, pensar sobre ello, así como con la conducta autolesiva. Lo más significativo en este enfoque es que este objetivo *se hace explícito al paciente*, Un segundo objetivo son las conductas que interfieren con la terapia esto tiene que ver con lo que en términos

psicoanalíticos llamamos transferencia y contratransferencia. Un tercer objetivo son las conductas que interfieren con la calidad de vida. Aquí se incluyen conductas como el abuso de sustancias. Se trata de alcanzar una vida mínimamente segura y adecuada. Por último, en el Estadio 1 se tratan las habilidades conductuales. Aquí se busca aumentar las habilidades en relación a regular las propias emociones, mantener las relaciones interpersonales, y tener autonomía mínima. Esta toma de conciencia se refiere especialmente a poner nombre a lo que se está sintiendo, vivenciarlo conscientemente, prescindiendo de la instancia que lo juzga o lo critica, algo que consideran está muy relacionado con la tolerancia a la ansiedad.

Estadio 2: reducción de la angustia postraumática. Aunque en el Estadio 1 se han podido explorar la relación entre la conducta presente y eventos traumáticos previos, incluidos los de la niñez, es en el Estadio 2 donde el foco se dirige específicamente a elaborar (“procesar” es el término que usan) hechos traumáticos anteriores. El procedimiento consiste en volver a exponer al paciente a claves asociadas con el trauma, dentro de la terapia. Se trata de recordar y aceptar los hechos traumáticos tempranos, reducir la estigmatización y autoinculpación que suele asociarse con ellos (se da un alto índice de abuso sexual infantil entre estos pacientes), reducir la negación y resolver las tensiones dialécticas en cuanto a la atribución de la culpa que produce el trauma.

Estadio 3: resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto. Aquí se presupone que el paciente tiene ya un nivel de funcionamiento suficientemente bueno en casi todos los dominios. El objetivo ahora se dirige por un lado a la confianza en sí mismo y la autoestima y por otro lado a la autonomía. El paciente debe conseguir que su autorrespeto sea razonablemente independiente de la valoración externa.

Estadio 4: lograr la capacidad de sostener la alegría. los objetivos pasan por ampliar la conciencia, la plenitud espiritual y el movimiento dentro del flujo vital, y que en este

momento los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia de larga duración orientada al insight, y de dirección espiritual o las prácticas espirituales.

INFORME CASO N° 4.: A.L.M.

INTRODUCCIÓN

El término narcisismo fue introducido en 1898 por H. Ellis para explicar la tendencia por estar enteramente absorto en la admiración de sí mismo (Ellis, 1898). Posteriormente, se empleará el concepto narcisismo para referirse a una perversión sexual, la de una persona que trata a su propio cuerpo como objeto sexual (Näcke, 1899). Diversos autores han descrito cierto tipo de trastornos relacionados con la patología narcisista sin referirse expresamente al TNP. Jones (1913) se centra en individuos con una sintomatología que denomina complejo de Dios que quizá pueda ser la primera descripción del TNP (Akhtar, 1989). Waelder (1925) fue el primero en plantear el caso clínico de un individuo que presentaba una personalidad narcisista, caracterizándose por sentimientos de superioridad, intensa preocupación por su persona, marcada falta de empatía y nula conciencia de los demás. Freud (1914) profundizará en el concepto de narcisismo, lo planteará como una etapa de desarrollo y lo relacionará con diversas alteraciones, la homosexualidad (según la visión de la época), la esquizofrenia (megalomanía y desinterés por el mundo externo) o la hipocondría (centrado en su propio cuerpo). Freud en 1931 se referirá al tipo libidinal narcisista que se caracteriza por un gran interés sobre sí mismo y la autoconservación. Con posterioridad a Freud, se insistirá en el componente patológico del narcisismo. Olden (1941) plantea el carácter narcisista que se manifiesta en una conducta omnipotente e independiente y con cualidades de liderazgo. Fenichel (1945) describe el don Juan del éxito, sujetos que pagan su tributo al superyó no en forma de sufrimiento sino de éxitos.

W.Reich (1949) profundiza en el carácter fálico-narcisista, el cual daría lugar a sujetos ambiciosos, impulsivos, agresivos y arrogantes. Nemiah (1961) se centra en personas con alteración de carácter narcisista que destacan por una gran ambición, por aspirar a metas altas y poco realistas, por la intolerancia a las críticas y por una casi insaciable necesidad de admiración. Tartakoff (1966) refleja individuos con complejo de premio Nobel, caracterizados por su ambición vehemente por ganar algún premio o conseguir riquezas, en especial destacan por fantasías de poder y omnipotencia y por sentirse sujetos especiales que requieren un reconocimiento exclusivo.

Se estima que se da entre el 2% y el 16% en poblaciones clínicas, y menos del 1% de la población general lo padece; además, entre el 50% y el 70% de las personas diagnosticadas de trastorno narcisista son varones. Por otro lado, hemos de tener en cuenta que los síntomas narcisistas son especialmente frecuentes en la adolescencia, lo cual no quiere decir que necesariamente el sujeto vaya a presentar en el futuro un trastorno narcisista.

Con rara unanimidad, historiadores, filósofos, sociólogos y analistas sociales en general, coinciden en afirmar que podemos estar viviendo el momento de apogeo del narcisismo como tema central de la cultura (Mazlish, 1982; Valadez & Clignet, 1987;). En esta perspectiva, destaca la obra de Lasch, *La cultura del narcisismo* (Lasch, 1979). Según él, cada época desarrolla su propia forma particular de patología y así, la cultura y personalidad narcisista caracterizarían a nuestro tiempo.

Para algunos autores, el narcisismo se presenta como uno de los factores principales asociados a los trastornos psíquicos (Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Gacono, Meloy & Heaven, 1990, Lowen, 2000, Ronningstam, 2005).

Siguiendo a Millon (1999) algunas de las características de este trastorno serían las siguientes:

Son expresivamente arrogantes. Se comportan de forma arrogante, altanera y desdeñosa, se siente por encima de las normas de convivencia y las califica de superficiales o inaplicables a sí mismo, muestra una descuidada falta de atención por la integridad personal y una indiferencia hacia los derechos de los demás. (Millon,1999)

Son personas interpersonalmente explotadoras. Carecen de empatía, cree merecer y espera favores especiales sin asumir responsabilidades recíprocas; se toma excesivas confianzas sin ningún reparo y utiliza a los otros para fortalecer el sí mismo y satisfacer sus deseos.

Poseen una imaginación desenfrenada y están enfrascados en inmaduras y autoglorificantes fantasías de éxito, belleza o amor, se ajusta mínimamente a la realidad, se concede licencias en cuanto a los hechos y suele mentir para mantener sus ilusiones.

Las personas narcisistas creen que son personas que mérito especial, que merece gran admiración y se comportan de manera grandiosa y con una gran confianza, a menudo sin logros significativos, tiene un elevado concepto de sí mismo a pesar de ser visto por los demás como egocéntrico, desconsiderado y arrogante. (Millon,1999)

Tienen representaciones internalizadas compuestas en mayor medida de lo normal por recuerdos ilusorios y cambiantes sobre relaciones pasadas, los impulsos y conflictos inaceptables son rápidamente remodelados en cuanto surge la necesidad.

Hacen uso de mecanismo de racionalización donde se engañan a sí mismos y tienden a elaborar razones plausibles para justificar su egocentrismo y su comportamiento socialmente desconsiderado, encuentra coartadas para situarse en la mejor posición posible a pesar de los evidentes obstáculos o fracasos. (Millon,1999)

Las estrategias defensivas y de afrontamiento tienden a ser débiles y transparentes, parecen más organizadas de lo que son en realidad, la regulación marginal de los impulsos, la mínima canalización de las necesidades y la creación de un mundo interno

en el que se descartan los conflictos sirven para la rápida justificación de los errores y la reafirmación de la autoestima.

Suelen gozar, normalmente, de un estado de ánimo despreocupado. Manifiesta un aire general de indiferencia, imperturbabilidad y fingida tranquilidad; parece de una frialdad no impresionable u optimismo a ultranza, excepto cuando se ve amenazada su confianza de narcisista, momento en el que aparecen breves muestras de ira, vergüenza o sentimientos de vacío. (Millon,1999)

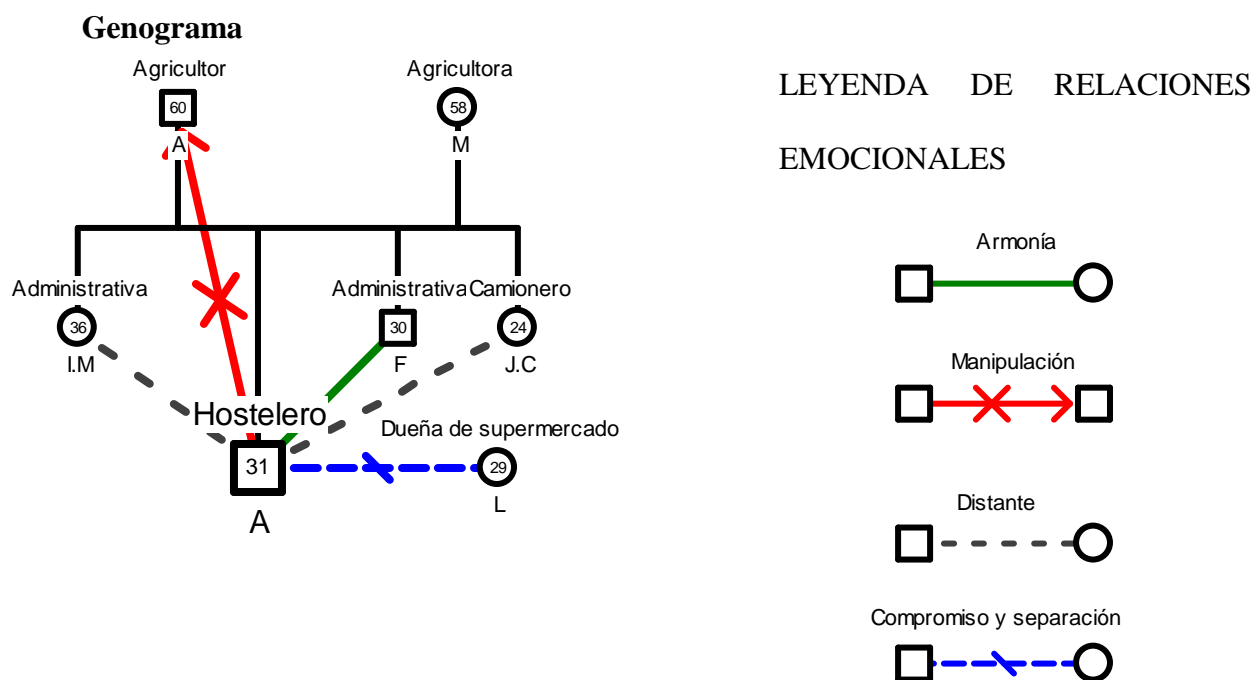
DATOS PERSONALES

- Nombre del interno: A.L.M
- Lugar de nacimiento: Zurgena (Almería.)
- Edad: 31 años.
- Sexo: Varón.
- Estado civil: Soltero.

MOTIVO DE CONSULTA

El interno es derivado por la psicóloga que lo trata para terapia de apoyo a causa de las conductas abusivas que presenta con su familia y la falta de relación con algunos miembros de ésta, así como la necesidad que tiene el interno de abarcarlo todo. El objetivo propuesto es identificar las situaciones donde se dan las conductas abusivas y reconocer los pensamientos de grandiosidad del recluso.

GENOGRAMA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



El interno es criado en el seno de una familia trabajadora de clase media-baja. Su padre A, de profesión camionero, se ha dedicado también a la agricultura y a cuidar de sus tierras. Su madre M, trabaja ayudando a su padre y en los invernaderos. Su hermano pequeño es camionero como su padre y sigue viviendo en la casa familiar. Sus dos hermanas, la mayor y la que le sigue, son administrativas y viven en Huercal- Overa y Almería, respectivamente.

El interno tiene 31 años de edad y es natural de Zurgena, provincia de Almería. Antes de su ingreso en prisión reside en la casa familiar de los padres en el pueblo, ya que era propietario de tres viviendas que perdió debido a sus deudas y le obligan a volver a la casa de sus progenitores.

Ostentó el cargo de concejal de su pueblo durante los años 2002-2004. A los 16 años emprende sus estudios de Técnico Especialista en Hostelería, trasladándose a Almería estudios que completo los cinco años sin repetir ninguno. Después de finalizar estos se matriculó en Turismo a los 21 años, estudios que abandono porque suspendió la mayoría de las asignaturas. Esta etapa coincide con la edad de comienzo de consumo. La mayor parte de su actividad laboral se centra en la hostelería, trabajando en varios restaurantes y pubs en la provincia. Ha sido el propietario de varios negocios, regentando dos pubs, uno en su pueblo y otro en uno colindante y el dueño de una inmobiliaria. Debido a las cantidades ingentes de dinero que gastaba tuvo que cerrar los pubs y la inmobiliaria se fue a la quiebra.

Con dos de sus hermanos, I.M y J.C tiene una relación distante. Desde su ingreso en prisión, ellos no han ido a verle ninguna vez y no han intentado ponerse en contacto con él. Sus padres acuden a verlo a prisión una vez cada dos meses aproximadamente y mantiene contacto telefónico con ellos semanalmente. Con su hermana F, también se produjo un distanciamiento cuando el interno ingresó en la cárcel , distanciamiento que en la actualidad ha dejado de existir, ya que la hermana ha vuelto a visitarlo y tiene un contacto regular con él.

El interno tuvo una relación larga que duró desde el año 98 hasta el 2007. Su pareja era la dueña de un supermercado de un pueblo colindante. Comenzaron a convivir juntos en el año 2002, convivencia que se alargó hasta el día de su ruptura.

HISTORIA PREVIA Y DATOS RELEVANTES

Mediante la información recabada en las entrevistas se recogen los siguientes datos relevantes:

Desde pequeño es una persona con mucha iniciativa, vinculado a multitud de proyectos y tareas. Gusta de mantener su tiempo ocupado y nos refiere que ya desde los 10 años, empieza a trabajar en el bar de un amigo de sus padres y a manejar su propio dinero. Se implica en muchas responsabilidades y disfruta de la sensación de sentirse autónomo e importante. Se implica en gran cantidad de negocios inseguros y quiere abarcarlo todo, me reporta que nunca se siente satisfecho del todo y que siempre quiere más. La necesidad de destacar y de ser el primero en todo, viene desde la época escolar y se hace más patente cuando cursa sus estudios de Hostelería donde pudo convertirse en el primero de su promoción. Cualquier actividad que conlleve un fracaso es inmediatamente abandonada, como sus estudios en la Universidad, por ejemplo. Informa de que la relación con sus padres y sus hermanos ha sido buena y satisfactoria en su infancia y adolescencia y adolece el cambio producido con estos desde su problema con la cocaína.

El interno carece de amigos en su red de apoyo. Cuando intentamos profundizar en las relaciones amistosas que ha cultivado a lo largo de su vida, nos afirma sin dudarle que posee muchos amigos, aunque, indagando con más minuciosidad en el tema, nos refiere que, en la actualidad, no posee ninguno de verdad. Para el interno la premisa a seguir es “tanto tienes tanto vales”, granjeándose siempre amistades que le pudieran reportar algún beneficio.

Cuenta con una relación larga que va desde el 99 hasta el 2007 en la cual nunca se ha sentido cómodo ni feliz y comenta que ni siquiera sabe si alguna vez la ha querido de verdad. Continuaba con esa relación por las apariencias y por las relaciones con su familia, le preocupaba estar mal visto en el pueblo. nos informa también de otra pareja que tuvo en el 2009 con una chica con dos hijos, a la que dejó embarazada y que abortó, hecho que le influyo mucho precipitando la ruptura de la relación.

El interno sufre eyaculación precoz. Reporta que una de las razones del mantenimiento e incremento de consumo de cocaína viene motivado, en cierta manera, por este hecho, ya que tiene la creencia de que cuando consume es capaz de controlar este problema. Los encuentros sexuales con su pareja durante años no hicieron sino reforzar sus miedos y actitudes sexuales, ya que nos comenta que su novia, “era una persona muy fría y miedosa en la cama, que casi nunca quería hacer el amor”. Asimismo su negación recurrente a que la penetraran no hacía sino exacerbar el deseo del interno, cuando rara vez se producía, la eyaculación es casi instantánea. Sus encuentros se reducen a prácticas masturbatorias por parte de ella, que en la mayoría de las ocasiones no resultan satisfactorias y aumentan su frustración. Su conducta habitual de recurrir a la prostitución me confiesa que viene en mayor medida por ese problema y por los problemas con su pareja.

Cuenta con dos ingresos en Salud Mental en el mismo año, en el 2009, antes de que los hechos que le llevaron a la cárcel se precipitaran. El paciente no recuerda con exactitud el diagnóstico que le dieron en su primera estancia, la primera vez que le pregunto sobre el tema en las primeras sesiones, dice que le dieron el diagnóstico de paranoide y en las últimas donde volvemos a sacar el tema comenta que le diagnostican una depresión. Las dos veces refiere que él fue allí porque lo pidió, sintiéndose alarmado ante la sensación de sentirse descontrolado y perdido.. La segunda estancia fue muy corta, la entrevista con el psiquiatra reportó que no tenía ningún problema mental y que sufría solamente una adicción a las drogas.

Es rígido en su pensamiento, y tiene la necesidad de controlar todas las variables imaginables que se le pueden presentar en un futuro, sobre todo las que tienen que ver con sus próximas salidas de la cárcel. La pérdida de control es algo que le preocupa sobremanera y que invade la mayoría de sus pensamientos.

Historial Delictivo:

El interno se encuentra en prisión por el robo a cara descubierta de una gasolinera y un estanco en el pueblo de Olula del Río, hurtos que fueron perpetrados para conseguir dinero para el consumo de cocaína . Asimismo tiene una causa pendiente en un delito de trafico de influencias, cuando ostentaba el cargo de concejal en su pueblo.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

Su adicción se centra en la cocaína. Consumo que empezó en el 2001 de manera esporádica, y se incremento sobremanera en los años posteriores, llegando a un punto crítico en el 2007 donde tuvo un reconocimiento de su adicción y le llevo a acudir al CPD dos veces durante ese año. Su consumo inicial era de medio gramo o un gramo semanalmente, sobre todo en fin de semana, incrementándose después hasta dos gramos, unas cinco veces a la semana. En el 2008 ingresa en Comunidad Terapéutica, solicitado por él mismo, pero tras tres meses sin consumir, cree que tiene su adicción controlada y vuelve a recaer de nuevo. En el 2009 llega el momento de máximo consumo, donde el deterioro en todos los ámbitos vitales es más acuciante. Deja de consumir después de su ingreso en prisión.

METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN

La evaluación es realizada mediante la observación del interno a lo largo de 14 entrevistas semanales de una hora y media aproximada de duración. Las entrevistas se realizaban todos los miércoles a las 11 de la mañana, ya que el interno tiene como destino el economato y la responsabilidad de abrirlo es suyo.

Se le administran dos test de personalidad:

- 16PF-5 de Cattell donde se aprecian 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad. (Véase Anexo 3.)
- MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota.) que valora la estructura y la clasificación diagnóstica de la personalidad. Obtiene un perfil de personalidad que refleja nueve dimensiones de la misma y un diagnóstico basado en predicción actuarial. Debido a su longitud nos permite obtener una gran cantidad de información, tanto de la personalidad normal como de la posible existencia de psicopatología. (Véase Anexo 4.)

Resultados de la evaluación:

Respecto de la conducta observada durante la evaluación el interno es colaborador y correcto. Espera ansioso el momento de la terapia, que acoge con gran interés. Se presenta aseado e impecable. En las primeras sesiones presenta una verborrea digna de mencionar, haciendo alarde de lo mucho que disfruta hablando de si mismo y contando sus experiencias. Si bien es relativamente sencillo guiar la entrevista por las áreas que nos interesan para hacer la evaluación, se pierde en dar detalles minuciosos y, a priori, poco relevantes y es bastante reiterativo en las cuestiones de las que disfruta sobremanera, como sus logros e inquietudes profesionales y personales.

Demuestra ser una persona extrovertida, que se siente cómodo en las situaciones sociales y disfruta sabiendo manejarlas, le gusta sentirse el centro de atención. En terapia sabe expresar sus emociones de manera correcta, no teniendo ningún problema en hablar de sus sentimientos. Presenta un estado de ánimo estable, bueno y controlado. No parece sentirse deprimido por la situación actual de verse en prisión, al contrario, se siente cómodo y seguro en el contexto sistemático que le brinda l, donde controla todas las variables conflictivas que se le pueden presentar.

Diagnóstico:

El diagnóstico se obtiene aplicando los criterios del DSM-IV-TR, diagnóstico confirmado y contrastado con su psicóloga.

EJE I: Trastorno por consumo de sustancias.

Trastorno por consumo de cocaína

F 14.2 Dependencia de cocaína.

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(c) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(d) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(7) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(8) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(9) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(10) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

EJE II: F. 60.8 Trastorno narcisista de la personalidad.

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

Según los datos recogidos en las entrevistas y mediante los test, creemos que se cumplen los siguientes criterios.

- (1) Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
- (2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
- (3) Cree que es “especial” y único y que sólo puede ser comprendido por, o solo puede relacionarse con otras personas que son especiales y de alto status.
- (4) Exige una admiración excesiva.
- (5) Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial.
- (6) Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
- (8) Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
- (9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

EJE III: Ninguna.

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales:

Problemas familiares: continuos conflictos con su familia, de la que abusa y a la que manipula para la consecución de sus propios fines.

Problemas sociales: carencia de una adecuada red social de apoyo. No posee amigos. En sus relaciones tanto de tipo amistoso como sentimental se ha centrado en mantener relaciones superficiales carentes de trasfondo. Para el paciente las personas son meros instrumentos.

Problemas con la justicia: su necesidad de querer siempre más y de abarcarlo todo le ha llevado a multitud de problemas y de conflictos. Lo que le ha llevado a tener que

cerrar varios negocios y deber cantidades ingentes de dinero. Así como tener una causa pendiente debido a tráfico de influencias durante su mandato como concejal.

EJE V: El nivel de funcionamiento global se estimaría con la Escala de Evaluación de la actividad global incluida en el DSM-IV-TR (APA 2002). Esta escala puntúa el funcionamiento global del sujeto teniendo en cuenta su actividad psicológica, social y laboral en un continuo que va desde la salud plena (100) a la incapacidad total (1). Nivel de funcionamiento: 85. Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

Siguiendo a Millon, (1995) se plantea la hipótesis de que pertenezca al subtipo adulto narcisista compensador. Sus comportamientos narcisistas se derivan más de un sentido subyacente de inseguridad y debilidad que de sentimientos genuinos de confianza y alta autoestima. El narcisista compensador intenta superar su sentimiento de vacío mediante la creación de una ilusión de superioridad y construyendo una imagen propia de gran valía. (Millon, 1995.). Debido a la inseguridad en que se basan sus expresiones narcisistas, los narcisistas compensadores están hipervigilantes, utilizando un término de Gabbard (1994). Son extremadamente sensibles a las reacciones de las otras personas, vigilan y escuchan atentamente en busca de cualquier juicio crítico y se sienten ofendidos por cualquier signo de desaprobación. (Millon, 2001). Encubren su sentido de inadecuación y deficiencia con seudoarrogancia y grandiosidad superficial

Objetivos de intervención:

- Fijar objetivos y metas realistas.
- Trabajar en su hipersensibilidad a la evaluación.
- Límites interpersonales y perspectiva de los demás.

- Registro de pensamientos disfuncionales y análisis de secuencias de conductas.
- Trabajar en la autoestima.

INTERVENCIÓN.

El estilo de interacción empleado con el interno fue un estilo no directivo. Al principio recibió la terapia como un lugar donde poder exponer sus logros y méritos y donde recibir una merecida atención gracias a su condición especial. Cuando le preguntamos en la primera sesión en que le gustaría que le ayudáramos responde con un tajante “ en nada, no tengo ningún problema”. El interno se encuentra en el tratamiento en un momento que Freeman y Dolan (2001) describen como “anticontemplación”, donde la postura del interno es de oposición al cambio. Se pasan muchas horas de terapia no dirigidas en las sesiones para poder llegar a conclusiones. Poco a poco, el interno se fue sintiendo aceptado y valorado con el consiguiente cambio producido.

A medida que la relación terapéutica va avanzando y las resistencias iniciales se van rompiendo, la actitud del interno va cambiando. Su condescendencia previa se va transformando poco a poco en confianza y empieza a sentirse cómodo de verdad en terapia. Las indicaciones del terapeuta , que en las primeras sesiones eran escuchadas con la premura por parte del interno por las cuestiones que realmente le interesaban, se escuchan con interés y las reflexiones y el descubrimiento guiado se convierten en la tónica que marca la intervención. En la última etapa el grado de confianza es muy bueno, llegando a compartir con nosotros algo tan íntimo para él como su problema de eyaculación precoz. A medida que la relación terapéutica se va consolidando la sinceridad del interno acerca de sus problemas aumenta y de esta manera podemos invitarlo a reflexiones personales y salen a la luz algunas de sus creencias nucleares,

como “ quiero ser superior a los demás” o “ yo lo controlo todo”. Se empieza a trabajar en estos para detectar desde cuando habían estado presentes, descubriendo que empiezan en épocas tempranas, ya desde su etapa escolar donde “ quería ser el primero en todo” y pensaba que cuantas más cosas tuviera, obtendría mayor reconocimiento de los demás y sería más importante, adhiriéndose a la premisa “ tanto tienes, tanto vales”.

Asimismo en las primeras fases de la evaluación, el interno solo ve un problema que abordar; su adicción a la cocaína, adicción que dice que está controlada y que no le preocupa en absoluto. En fases posteriores surgen preocupaciones recurrentes y un reconocimiento de que la adicción no está controlada, identificando situaciones donde ese consumo pudiera volver a producirse. A través del descubrimiento personal se abordan otros conflictos y se reflexiona acerca de que quizás su adicción no es causa sino consecuencia.

Los **objetivos propuestos** se fijaron con la psicóloga de la cárcel, siguiendo la Terapia Cognitiva de Beck.

1. Fijar objetivos y metas realistas:

La consecución de grandes objetivos es uno de los principales valores de las personas con trastorno de la personalidad narcisista (Beck, 2005). Sus actitudes altivas, su uso excesivo de la fantasía, sus expectativas grandiosas e inflexibles y los esfuerzos insuficientes les impiden el logro real de objetivos. (Beck, 2005).

Antes de su ingreso en prisión el interno se embarca en multitud de negocios y proyectos que le acarrearán serios problemas económicos, familiares y con la justicia. En la cárcel se implica en multitud de tareas y de proyectos que le reportan beneficios, como un trato favorable de los funcionarios o la importancia que le proporcionaba tener un destino como el del economato.

El interno tiene la necesidad de controlar todas las variables imaginables que se le pueden presentar en un futuro, sobre todo las que tienen que ver con sus próximas salidas de la cárcel. La pérdida de control es algo que le preocupa sobremanera y lo que invade la mayoría de sus pensamientos. Se encuentra absorto en planear los proyectos que acometerá a su salida, proyectos que incluyen gran cantidad de actividades, como matricularse en la universidad, sacarse las oposiciones de funcionario de prisiones, montar una cafetería, visitar a conocidos suyos para que le den trabajo, apuntarse a un módulo y un sinfín de ideas más. Proyectos que tiene controlados en su pensamiento, anticipando todos los posibles inconvenientes que se le puedan presentar. Mediante el descubrimiento guiado, pusimos al interno en la tesitura, de que quizás algunas de las variables previstas podría fallarle y le instamos a que reflexionara sobre que pasaría si esto sucediera. Al principio, rebate con un plan alternativo que también puede manejar y que no escape su control. Se siguió con el proceso desmontando todas las circunstancias que el había planeado, sintiéndose perdido y confuso, como si el hecho de que alguna de sus expectativas no se cumpliera, no fuera ninguna variable para él.

Se acordó hacer una lista de objetivos realistas y a corto plazo, que verdaderamente estuviera bajo su control y que fueran realizables y posibles, donde el interno le diera valor a los pasos intermedios que tenía que pasar para llegar a tales fines. Unos ejemplos de objetivos realistas fueron los siguientes:

- Llevar bien su trabajo del economato.
- No meterse en conflictos en la prisión y no acarrear ningún parte.
- Enfrentarse a su primera salida de la cárcel.
- Ponerse en contacto con sus hermanos.
- No derrochar el dinero del peculio, adquiriendo muchas cosas que en realidad no necesitaba.

2. Hipersensibilidad a la evaluación.

El interno es sumamente susceptible a lo que los demás piensen de él. Es una necesidad que piensen cosas positivas de su persona. Cree que la imagen lo es todo porque es la armadura de su autoestima(Beck, 2005). Si no logra que alguien les elogie, experimenta un gran malestar entonces se enfada y se siente frustrado y se obsesiona con las dudas y los miedos asociados a sus creencias nucleares negativas.

Desde las primeras sesiones su insistencia preguntándonos que pensábamos acerca de él estaban presentes. Las preguntas de este tipo solía hacerlo al término de la sesión y de esta manera eran evitadas de una manera sutil y sin que repercutiera negativamente en la relación. Las preocupaciones de esta índole surgían a menudo, así que le propusimos al interno un ejercicio de reflexión para que recapacitara sobre cuan importantes eran estas cuestiones para él.

1. Reflexiona, ¿ Qué crees que pienso de ti?. Cosas positivas y cosas negativas.
2. ¿ Cómo te afecta lo que yo piense de ti?
3. ¿ Qué temas que yo pueda pensar de ti?

El interno respondió que creía que lo veíamos como una persona con futuro y con muchas expectativas en la vida, y que la única cosa negativa que presentaba sería el problema con la droga. En relación con la segunda pregunta, el interno contestó que no le afectaría mal, porque la intención de estar en terapia conmigo era para poder afrontar su futuro. Y por último, en la tercera pregunta, contestó que no temía nada. Debido a su reticencia en sus contestaciones están se aceptaron como válidas con la intención de abordarlas con posterioridad. A pesar de las primeras respuestas dadas en este ejercicio, seguía preguntándonos con regularidad sobre lo que pensábamos de él. Cuando la terapia estaba más avanzada y la relación de confianza era mayor le volvimos a pasar

las mismas cuestiones con diferentes resultados. Reconoce que es muy importante lo que pensamos, le afecta mucho que tengamos un concepto negativo de él, sus mayores temores son no ser reconocido como una persona válida o que le consideremos como un fracasado.

Mediante el diálogo socrático, se analiza esta necesidad en el interno, y se le confronta poniéndonos en el peor de los casos, donde la gente piense mal de él y efectivamente lo vean como un fracasado. Siente miedo de salir de la cárcel y que lo señalen en el pueblo y que su estancia en prisión fuera percibida como un estigma, por esta razón no desea que le concedan un permiso ni tiene prisa para que le concedan el tercer grado. En la cárcel tiene la situación controlada y no necesita exponerse a las críticas de los demás, se siente seguro. Al comienzo de estos ejercicios sus reacciones son muy tensas y reporta que no volverá al pueblo, imaginando miles de excusas para no tener que volver. Al final de estos, donde siempre nos ponemos en lo peor, analizamos que podría pasar verdaderamente, el interno se da cuenta de que, en realidad, no pasaría nada. Las evaluaciones y críticas pueden molestarle en un principio, pero al final la gente se acostumbraría a la situación y todo volvería a la normalidad. El interno reporta que lo que le tiene que importar es lo que él mismo piensa de él y no tiene que darle tanta relevancia a las estimaciones de los demás. Llegamos a la conclusión de que exponiéndose poco a poco a este tipo de situaciones críticas, puede convivir con ellas con normalidad. El interno tiene que empezar a tomar conciencia de la autoestima como algo interno y no delegarlo sólo en algo externo. Fomentar una visión positiva de sí mismo independiente de los demás, pasar de la búsqueda de elogios a la simple retroalimentación.

3. Límites interpersonales y perspectiva de los demás.

El interno necesita de una mejora de sus habilidades interpersonales. Los narcisistas necesitan aprender a escuchar, ponerse en el lugar de los demás, ser amables y cariñosos y aceptar la influencia de los sentimientos ajenos. (Beck, 2005). Decidimos centrarnos en las relaciones abusivas y explotadoras hacía su familia. Al comienzo de la terapia el recluso se negaba en rotundo a hablar de ella, sobre todo de sus hermanos, les culpabiliza de su situación y siente que lo han abandonado. Su actitud hacía ellos es de rechazo y proponer un acercamiento hacía ellos es recibido con una rotunda negativa.

Además de estas relaciones conflictivas con la familia, donde él se siente el damnificado, indagamos con más profundidad y descubrimos que el interno es incapaz de cultivar relaciones profundas y que ve a las personas de su entorno como meros instrumentos para conseguir sus propios fines.

Mediante el análisis de secuencias de conductas podemos identificar ciertas situaciones donde el interno ha abusado de su familia, a medida que la relación avanza el interno está dispuesto a hablar de las relaciones con su familia, que vínculos mantiene con ella y en que medida entiende la perspectiva de la misma (Beck,2005). Usando un ejercicio de visualización de intercambio de roles y la confrontación empática, intentamos guiarlo con respecto a las necesidades y límites de su familia, especialmente de sus hermanos. Reconoce que abusa de sus hermanos y de sus padres, y que los utiliza para conseguir sus propios fines. Que solo busca a sus padres cuando le hace falta dinero o que le saquen de un apuro, cuando todo le marcha bien, él solo se preocupa de sí mismo y hace y deshace a su antojo. Informa de que la relación se ha deteriorado poco a poco, que al principio de su conducta adictiva ellos siempre le han apoyado, pero tras las continuas recaídas en las drogas y las actitudes que esto provocaba en él, le llevaron a la situación de frialdad de la que el paciente se queja. En posteriores sesiones

el cambio hacía su familia, sobre todo hacía sus hermanos es visible, empieza a ser consciente de sus fallos, y se ve a sí mismo como una persona manipuladora, que abusaba de ellos sin control ninguno. Es consciente de que el culpable de su situación es solo él, y desea tener un acercamiento sincero con su familia, dándole el lugar que se merece, estrechando lazos y creando un vínculo afectivo sin ningún interés de por medio. La relación con sus padres ha mejorado considerablemente desde el inicio de la terapia y ha recuperado la relación con otra hermana que tenía perdida, todos estos acontecimientos le hacen sentir bien y se muestra con deseos de cambiar y de recuperar el diálogo con sus otros dos hermanos, responsabilizándose de sus actos y cambiando conductas a corto plazo que puedan redundar en un aumento de confianza por parte de ellos.

4. Registro de pensamientos disfuncionales. Análisis de secuencia de conductas.

Queremos identificar las situaciones donde los pensamientos de grandiosidad y de defensa ante una posible amenaza a su autoestima se activan. Asimismo pretendemos que el interno reconozca las conductas abusivas que se producen con su familia. Los pensamientos se sustituyen por otros alternativos y más adaptativos que el mismo interno propone.

Análisis de secuencias de conductas:

ANTECEDENTES	RESPUESTAS			CONSECUENCIAS
Descripción de la situación	Pensamientos	R.física/emociones	Conductas	
Un conocido le ofrece un negocio que puede ser muy lucrativo, pero que no es seguro	" Así podré ganar más dinero" "Tanto tienes tanto Vales" " Yo lo controló todo"	Bienestar Optimismo Poder	Saca todo su capital y lo invierte	Se siente importante Adquiere deudas
Unos conocidos importantes le invitan a consumir con ellos, pero él	"Necesito consumir con ellos o no me tomaran en	Miedo de no sentirse integrado Falta de control	Engaña a su familia para Conseguir	Se siente aceptado Se siente importante Tiene problemas con la

no tiene dinero con el que Contribuir	cuenta"		Dinero	Familia
Su hermano le pide ayuda para trabajar y él lo mete en su bar	" Le estoy haciendo un favor al contrarlo, me tiene que Estar agradecido" " Yo soy más que él y tiene que recurrir a mi"	Bienestar Control Poder	Engaña a su hermano y le paga menos	Tiene problemas con su Hermano Obtiene más beneficios
Estando con deudas, un Conocido le enseña un Deportivo que acaba de Comprarse	" Quiero ser más que él" "Quiero ese coche" " Necesito tener más cosas para ser mejor"	Deseo Envidia Celos	Se mete en un préstamo que no puede Pagar Convince a los padres para que le avalen	Consigue lo que quiere Se siente importante Adquiere deudas Tiene problemas con la Familia
Un amigo de la infancia se acerca a charlar con él cuando está rodeado de Políticos	"Yo soy más que él no sé porque se atreve a acercarse a mi"	Indignación Soberbia	No le hace caso y hace como que no le conoce	Se siente importante Lo critican en el pueblo
Se pelea con su novia	" Yo lo controló todo" " Me da igual, yo soy más que ella"	Despreocupación Control Soberbia	Pasea con varias prostitutas por el Pueblo	Se siente importante Lo critican en el pueblo Se siente aceptado
Un primo suyo le incita a Consumir por primera vez con un grupo de amigos	"Si no lo hago se reirá de mi" "Si no lo hago no van a salir más conmigo"	Miedo a no sentirse aceptado	Consume a pesar de que no le Apetecería	Se siente aceptado Quiere consumir más Problemas de dinero

Pensamientos disfuncionales Pensamientos alternativos propuestos	
"Soy superior a los demás"	"Puedo ser feliz siendo una persona normal y anónima"
"Necesito tener más cosas para ser mejor"	"Puedo disfrutar siendo simplemente como los demás, no necesito ser siempre mejor"
"Yo lo controlo todo"	"Para ser feliz solo me hace falta sentirme bien conmigo mismo"
"Si no lo hago no me van a aceptar"	"Si no controlo las cosas no pasa nada, si me dejo llevar pueden pasarme cosas buenas"
"Tanto tienes, tanto vales"	"Para ser feliz , no necesito la aprobación constante de los demás"
	"Puedo hacer amigos o ayudar a los demás, sin esperar reconocimientos o recompensas."

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las limitaciones de la terapia se desprenden de la resistencia que presenta el paciente con respecto a sus problemas. Cuando se obtuvo el diagnostico, con la valoración de la psicóloga, se pasaron muchas horas en terapia volviendo a los mismos temas, como sus supuestos logros, antes de que el paciente reconociera sus pensamientos de grandiosidad. Quizás se se reforzaron , inconscientemente, en terapia, la verbalización continua de estos logros y se le alentó en un principio a seguir con esa pauta. El proceso de búsqueda de conductas clínicamente relevantes quizás fue demasiado lento.

Se abusó demasiado del estilo no directivo con la expectativa de granjearnos su confianza y afianzar la relación terapéutica . Cuando se fijaron los objetivos se tuvo que optar en ciertas situaciones por un estilo más directivo como demandaban éstas.

Se tuvo que trabajar más en terapia las conductas abusivas y explotadoras, sobre todo con respecto a su familia. Fue un objetivo que trabajamos muy avanzada la terapia, debido a la resistencia de el paciente en estos temas. El cambio producido para tratarlos no estamos seguros de que se produjera por nuestra intervención , más que por el acercamiento de su hermana, que lo motivó sobremanera y abrió el campo de trabajo.

La hipótesis de que sus pensamientos de grandiosidad provenían de una baja autoestima y un incipiente miedo al rechazo, se presentó avanzada la terapia, y no se pudo profundizar más en el tema, con la finalidad de que el interno fuera más consciente de la raíz de sus problemas. Se le dejó como tarea pendiente a su salida de la cárcel, sintiéndose muy motivado al respecto y con ganas de mejorar y de conocerse más.

Al finalizar la terapia el interno es consciente de que su comportamiento tiene consecuencias y de que, solo él, es el dueño de éste y no debe culpabilizar a los demás. A pesar de todo, creemos que se debió de profundizar más en esto, ya que el cambio de

su situación familiar lo tenía motivado, pero habría que trabajar para que se mantuviera aún en situaciones adversas.

Como punto fuerte el interno es participativo y colaborador en terapia, se muestra receptivo cuando le sugerimos cualquier tipo de reflexión, que le hace recapacitar sobre su conducta y su forma de ser. Sus expectativas de cambio son altas, al menos en la teoría, donde parece tener claro el tipo de persona que quiere llegar a ser y lo que quiere fomentar. Además está muy interesado en conocerse más a sí mismo para no volver a recaer en errores pasados.

Todas estas cuestiones nos generan la duda de si cuando salga a la calle y después de un tiempo, se vuelva a sentir estable, autónomo y con cierto tipo de poder, la necesidad de reconocimiento y de grandiosidad no se volverán a presentar, acompañado de las conductas consiguientes.

Es difícil inferir si todas las expectativas positivas que tiene en mente se materializaran cuando salga. Si sigue trabajando los objetivos propuestos en la intervención podría augurársele alguna mejoría. Sobre todo la constancia en el tiempo y conseguir cambiar sus esquemas mentales le depararía un cambio favorable.

.

ANEXOS

ANEXO 1

INFORME 16PF-5 F.J.C.

MANIPULACIÓN DE LA IMAGEN (MI) .

DE=6

Destapa el intento de la persona de ofrecer una imagen distorsionada de sí misma
La deseabilidad social está dentro de la normalidad

INFRECUENCIA (IN)

DE=8

Se basa en la tasa de respuestas infrecuentes dadas por el sujeto.
La puntuación alta sugiere que el sujeto ha podido contestar al azar, sin atender a los contenidos de las cuestiones ó dificultades en la comprensión lectora.

AQUIESCENCIA (AQ)

DE=9

Informa sobre la tendencia del sujeto a asentir sistemáticamente a la mayoría de las frases del cuestionario.
Presenta un estilo aquiescente de respuesta. Presenta un índice incongruente del sujeto que afirma contenidos dispares. Podría denotar incomprensión del contenido de los elementos, o dificultad para describirse a partir de frases como las del cuestionario.

DIMENSIONES GLOBALES

EXTRAVERSIÓN DE=3

Introvertida frente a extrovertida
Principales componentes que la conforman
Reservada (A-)
Seria (F-)
Tímida (H-)
Llana y natural (N-)
Autosuficiente (Q2+)

Se nos presenta a una persona reservada, seria, tímida y autosuficiente.

ANSIEDAD DE=6

Ajustada frente a ansiosa
 Reactiva (C-)
 Vigilante (L+)
 Aprensiva (O+)
 Tensa (Q4+)

Tiende a ser más ansioso que ajustado, pero sus niveles de ansiedad actualmente están dentro de la normalidad.

DUREZA DE=6

Receptiva frente a mentalidad dura
 Reservada (A-)
 Sensible (I+)
 Abstraída (M+)
 Abierta al cambio (Q1+)

En general el sujeto es un poco terco, pero puede abrirse a otros puntos de vista o a nuevas experiencias.

INDEPENDENCIA DE=4

Acomodada frente a independiente
 Deferente (E-)
 Tímida (H-)
 Vigilante (L+)
 Abierta al cambio (Q1+)

Se nos presenta a un sujeto poco dominante, que prefiere acomodarse a los demás y que es tímido e influenciado.

AUTO-CONTROL DE=5

Desinhibido frente a autocontrolado
 Seria (F-)
 Atenta a las normas (G+)
 Abstraída (M+)
 Tolera el desorden (Q3-)

No se encuentra en ninguno de los extremos en situaciones que demandan auto-control y su estado puede oscilar entre episodios de impulsividad o episodios donde es capaz de controlarse.

ESCALAS PRIMARIAS**AFABILIDAD**

Refleja preferencia por estar solo y nos muestra a un sujeto frío y distante.

RAZONAMIENTO

Nos indica pensamiento concreto, lo que puede ser explicado por una falta de atención, que no ha interpretado adecuadamente las instrucciones o que presenta deterioro cognitivo.

ESTABILIDAD

Cambia rápidamente de emociones y, en algunas situaciones, se siente incapaz de controlar los sentimientos o de adaptarse.

DOMINANCIA

Tiende a evitar el conflicto asintiendo a los deseos de los otros. Es una persona indecisa.

ANIMACIÓN

Es callado y apagado. Tiende a inhibir su espontaneidad.

ATENCIÓN A LOS NORMAS

Se encuentra en un punto intermedio.

ATREVIMIENTO

Es algo tímido y cohibido.

SENSIBILIDAD

Nos refleja a un sujeto sensible. A veces se puede apoyar tanto en los aspectos subjetivos de las situaciones que pase por alto los aspectos más funcionales.

VIGILANCIA

Es desconfiado y está vigilante. Se muestra suspicaz y precavido.

ABSTRACCIÓN

Es abstraído y está ensimismado en sus pensamientos.

PRIVACIDAD

Es receloso y discreto y no se abre con facilidad a los demás.

APRENSIÓN

Se preocupa por las cosas y tiene sentimientos de inseguridad.

APERTURA AL CAMBIO

Es un poco más abierto que tradicional.

AUTOSUFICIENCIA

Es solitario e individualista.

PERFECCIONISMO

Flexible y tolerante con el desorden o las faltas

TENSIÓN

Es una persona impaciente e intranquila.

ANEXO 2

INFORME WAIS-III F.J.C

TRAMO DE EDAD: 20-24 Años

VERBALES	PD	Pe	MANIPULATIVAS	PD	Pe
Vocabulario	7	1	Figuras Incompletas	21	11
Semejanzas	5	3	Claves números	70	8
Aritmética	8	5	Cubos	24	4
Dígitos	18	12	Mátrices	11	5
Información	7	4	Historietas	8	5
Comprensión	12	6	Búsqueda símbolos	21	5
Letras/ Números	10	9	Rompecabezas	30	9

ESCALAS	Pe	CI
Verbal	40	76
Manipulativa	47	94
Total	87	83
Compren. Verbal	11	61
Org.Perceptiva	20	79
Memo. Trabajo	29	96
Vel. Procesamiento	13	81

PUNTUACIONES Y DESVIACIONES

Los valores 'Desviación' señalan las diferencias entre cada prueba y la media del sujeto en todas las pruebas fundamentales (Véase lo indicado en el *). Se dan en puntos Pe, y se han señalado como puntos 'fuertes' (PF) o 'débiles' (PD) al N.c. que indican las tablas B.3.1 y B.3.2 según el número de pruebas aplicadas y el promedio (verbal, manipulativo o total) empleado, junto al centil (Pc) que sugieren esas tablas del Manual.

Prueba

VERBALES

	Pe	Desviación de Pe a media	
Vocabulario	1	-4,7	PD al 95%, Pc extremo al 1%
Semejanzas	3	-2,7	PD al 95%, Pc extremo al 25%
Aritmética	5	-0,7	Desvío leve
Dígitos	12	6,3	PF al 95% Pc extremo al 25%
Información	4	-1,7	Desvío leve
Comprensión	6	0,3	Desvío leve
Letras/números	9	3,3	PF al 95% Pc extremo al 10%

MANIPULATIVAS

	Pe		
Figuras Incompletas	11	4,3	PF al 95% Pc extremo al 10%
Clave de números	8	1,3	Desvío leve
Cubos	4	-2,7	PD al 85% Pc extremo al 25%
Matrices	5	-1,7	Desvío leve
Historietas	5	-1,7	Desvío leve
Búsqueda de símbolos	5	-1,7	Desvío leve
Rompecabezas	9	2,3	Desvío leve

Se emplean la media verbal a partir de las pruebas útiles con M=5,7 y la media manipulativa a partir de las pruebas útiles con M=6,7

Escala	Pe	CI	Intervalo confidencial	Desviación de CI a CIT
Verbal	40	76	72-80	-7PD al 90%
Manipulativa	47	94	89-99	11 PF AL 90%
Total	87	83	76-90	

Índice	Pe	CI	Intervalo confidencial	Desviación de CI a CIT
Comp. Verbal	11	61	58-64	-22 punto bajo
Orga. Perceptivo	20	79	75-83	-4 punto bajo
Memo. Trabajo	29	96	93-99	13 punto alto
V. Procesamiento	13	81	78-84	-2 punto bajo

COMPARACIONES entre los CI de los cuatro índices

Se analiza la diferencia entre cada dos índices (hay siete comparaciones), y cuando es significativa se indica a qué N.c. lo es (entre un 85% y un 99%, según los datos de la Tabla B.1).

Comparación	Diferencia en CI	
CIV-CIM	-18	Significativa a 95%
CV-OP	-18	Significativa a 95%
CV-MT	-35	Significativa a 95%
CV-VP	-20	Significativa 95%
OP-MT	-17	Significativa 95%

OP-VP	-2	
MT-VP	15	Significativa 95%

INTELIGENCIA CRISTALIZADA Gc

Información	4
Vocabulario	1
Comprensión	6
Semejanzas	3
Historietas	5
	3,8

INTELIGENCIA FLUIDA Gf

Matrices	5
Cubos	4
Rompecabezas	9
Semejanzas	3
Historietas	5
Aritmética	5

Ha obtenido un CIT de 83 , centil 13	GRUPO NORMAL-BAJO
Ha obtenido un CIV de 76, centil 5	GRUPO INFERIOR
Ha obtenido un CIM de 94, centil 34	GRUPO MEDIO

A nivel de confianza del 90%, el verdadero CI TOTAL DE PRUEBA estará entre 76 (**INFERIOR**) y 90 (**MEDIO**).

Y al nivel del 90%, los verdaderos CI Verbal y Manipulativo estarán en CIV: 72 (**INFERIOR**) y 80 (**NORMAL-BAJO**).

El análisis de las diferencias entre CIV y CIM de PRUEBA, aprecia una diferencia de 18 puntos, a favor del segundo, y esta diferencia es significativa al nivel de confianza del 95%.

Según algunas teorías neuropsicológicas sobre los hemisferios cerebrales, CIM > CIV indica mejor desarrollo del derecho (y tener problemas escolares).

COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS

PUNTOS FUERTES A TENER EN CUENTA

LETRAS Y NÚMEROS	La percepción de estímulos simples y su reproducción según un aprendizaje y una planificación.
FIGURAS INCOMPLETAS	Cierta habilidad para establecer aprendizajes rápidos
DÍGITOS	Buena atención a los detalles Buen span de la M.C.P

PUNTOS DÉBILES A TENER EN CUENTA

VOCABULARIO	Refleja la familiaridad con las palabras y la capacidad de
-------------	--

SEMEJANZAS

expresarse con ellas; refleja también la escolaridad y las experiencias posteriores. Precaria capacidad de aprendizaje y riqueza de ideas.

Pensamiento conceptual deficiente, con dificultad para ver las relaciones. Presenta un estilo de pensamiento demasiado concreto y cierta rigidez.

ESCALA VERBAL

VOCABULARIO

Presentó comprensión y habilidades verbales deficientes

Poca fluidez verbal y capacidad de abstracción

SEMEJANZAS

Presentó dificultad para ver las relaciones, para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos.

ARITMÉTICA

Presentó habilidades inadecuadas en la aritmética mental, al igual que cierto grado de distracción.

DÍGITOS

En promedio presenta buena memoria mecánica y habilidad para recuerdos inmediatos, de igual forma habilidad para atender a estímulos auditivos.

INFORMACIÓN

Capacidad de memoria deficiente, al igual que presentó una amplitud de información inadecuada.

COMPRENSIÓN

Presenta un relativo sentido común, y en ciertas situaciones, no es capaz de reconocer las demandas sociales cuando es necesario. No conoce algunas pautas de las reglas de conducta convencionales.

LETRAS Y NÚMEROS

Buena capacidad de atención y habilidad para atender estímulos auditivos.

FIG.INCOMPLETAS

Buena percepción y concentración de los detalles y presenta habilidad para diferenciar entre los detalles esenciales y no esenciales.

ESCALA MANIPULATIVA

CLÁVE DE NÚMEROS

Presenta destreza visomotora y buena concentración.

CUBOS

Orientación espacial limitada

MATRICES

Leves dificultades en razonamiento abstracto y en la identificación de partes significativas

HISTORIETAS

Cierta dificultad para anticipar acontecimientos y consecuencias

BUS. DE SÍMBOLOS

Presenta cierta distracción y falta de preocupación por los detalles al reproducir símbolos exactos

ROMPECABEZAS

Buena coordinación visomotora, ensayo y error exitoso
Habilidad para percibir un todo.

ESCALA VERBAL						
CV				MT		
V	S	I	C	A	D	L
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						

ESCALA MANIPULATIVA							
	OP			VP			
	HI	FI	CC	MA	CN	BS	RO
19							
18							
17							
16							
15							
14							
13							
12							
11							
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							

ANEXO 3

INFORME 16PF-5 A.L.M

MANIPULACIÓN DE LA IMAGEN (MI) .

DE=6

Destapa el intento de la persona de ofrecer una imagen distorsionada de sí misma
La deseabilidad social está dentro de la normalidad, inclinado más a ofrecer una buena imagen de sí mismo.

INFRECUENCIA (IN)

DE=4

Se basa en la tasa de respuestas infrecuentes dadas por el sujeto.
No presenta una tasa de respuestas infrecuentes elevada.

AQUIESCENCIA (AQ)

DE=7

Informa sobre la tendencia del sujeto a asentir sistemáticamente a la mayoría de las frases del cuestionario.
Presenta un estilo aquiescente de respuesta. Revela una necesidad de aprobación por parte del examinador.

DIMENSIONES GLOBALES

EXTRAVERSIÓN DE=6

Introvertida frente a extrovertida
Principales componentes que la conforman
Afable (A+)
Seria (F)
Atrevida (H+)
Llana y natural (N)
Autosuficiente (Q2+)

Se nos presenta una persona afable, atrevida y emprendedora y autosuficiente.

ANSIEDAD DE=6

Ajustada frente a ansiosa
Reactiva (C-)
Confiada (L-)
Aprensiva (O+)
Tensa (Q4+)

Tiende a ser más ansioso que ajustado, pero sus niveles de ansiedad actualmente están dentro de la normalidad. Es emocionalmente reactivo, aprensivo e impaciente.

DUREZA DE=3

Receptiva frente a mentalidad dura

Afable (A+)

Sensible (I+)

Práctica (M-)

Abierta al cambio (Q1+)

Es una persona receptiva, que en algunas circunstancias no tiene en cuenta los aspectos prácticos y objetivos de la situación.

INDEPENDENCIA DE=5

Acomodada frente a independiente

Dominante (E+)

Atrevida (H+)

Confiada (L-)

Abierta al cambio (Q1+)

Es dominante y atrevido, y se adapta a los cambios. No se encuentra en ninguno de los dos extremos.

AUTO-CONTROL DE=8

Desinhibida frente a autocontrolada

Seria (F)

Atenta a las normas (G+)

Práctica (M-)

Perfeccionista (Q3+)

Es capaz de inhibir sus impulsos y lo puede hacer de varias formas. Es autocontrolado a expensas de la flexibilidad y espontaneidad.

ESCALAS PRIMARIAS**AFABILIDAD**

Tiene interés en las personas y prefiere ocupaciones en las que intervengan éstas.

RAZONAMIENTO

Es más proclive al pensamiento concreto.

ESTABILIDAD

Falta de control sobre su vida. Tiene más altibajos de humor que la mayoría. Sus necesidades emocionales no están satisfechas y que se siente como si no pudiera controlar el que pequeñas cosas una y otra vez le sigan saliendo mal.

DOMINANCIA

Es dominante, gusta dar a conocer sus opiniones a los demás. No duda en expresar sus ideas.

ANIMACIÓN

A veces es serio y cuidadoso y otras entusiasta y activo.

ATENCIÓN A LAS NORMAS

Se percibe a sí mismo como seguidor de reglas, principios y buenos modales. Puede ser considerado como sobrio, inflexible o rígido consigo mismo.

ATREVIMIENTO

Se considera atrevido en los grupos sociales y no muestra casi temor en las situaciones sociales. Suele iniciar los contactos y no es tímida cuando se encuentra en un ambiente nuevo. Implica un cierto grado de exhibición personal.

SENSIBILIDAD

Refinado en sus intereses y gustos.

VIGILANCIA

Es más confiado que vigilante. Suele esperar un tratamiento justo y leal y buenas intenciones de los demás.

ABSTRACCIÓN

Se orienta hacia los datos observables y la realidad ambiental para formar sus percepciones. Es una persona práctica.

PRIVACIDAD

A veces es abierto y natural y en otras ocasiones se muestra discreto y calculador y no se abre.

APRENSIÓN

Es una persona aprensiva, insegura y preocupada. Suele ofrecer una imagen social pobre.

APERTURA AL CAMBIO

Suele pensar en como mejorar las cosas y le gusta experimentar con ellas. Si observa que lo existente no le satisface se inclina por el cambio. Le aburre su trabajo si ya es familiar.

AUTOSUFICIENCIA

Es autosuficiente, prefiere estar solo y tomar las decisiones por su cuenta. Percibe a los demás como lentos o ineficaces.

PERFECCIONISMO

Es perfeccionista, organizado y disciplinado. Quiere hacer bien las cosas y le gusta hacer planes.

TENSIÓN

Muestra una energía incansable y mostrarse intranquilo cuando tiene que esperar. Es impaciente e irritable.

ANEXO 4

INFORME INTERPRETATIVO MMPI-2 A.L.M

ESCALAS VALIDEZ	DE	
Escalas	P.D	T
No responde		
L	5	51
F	6	47
K	14	48

Se plantea la posibilidad de que las respuestas al inventario se hayan dado al azar, ya que el sujeto señala, de manera indiscriminada, que tiene problemas o que no los tiene, que es capaz de enfrentarlos o resolverlos o que no puede hacerlo, que se siente socialmente adaptado o que rechaza los valores convencionales.

El sujeto tiene una cierta tendencia a negar sus problemas y a aparentar de que esta mejor psicológicamente de lo que en realidad está. Reconoce algunos conflictos en forma parcial, pero trata de minimizarlos, al tiempo que se esfuerza por solucionarlos sin necesidad de ayuda. No es consciente de cómo su conducta impacta a otros.

ESCALAS CLÍNICAS

A continuación se destacan los puntos más relevantes y significativos de los resultados

En la escala de Histeria (Hy) se nos revela que presenta una personalidad histeroide con disminución de síntomas somáticos. Es una persona egoísta que generalmente necesita percibirse de manera favorable. Está centrado en sí mismo y es superficial. Es inmaduro, manipulador e inseguro, con una marcada necesidad de aprobación.

En la escala de Desviación Psicopática (Pd) tiene una puntuación en T bastante elevada lo que nos sugiere que es una persona rebelde, resentida e inconformista. Su tolerancia a la frustración es limitada y se siente insatisfecho e inadaptado a la sociedad.

Sus relaciones personales son superficiales y suele tener conflictos con el grupo social. Tiene dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad involucrándose en conductas antisociales. Sus relaciones familiares son tempestuosas culpando a los padres de sus problemas. Es una persona impulsiva y busca la satisfacción inmediata de sus necesidades. Experimentan pocos sentimientos de culpa por su conducta y es capaz de fingir culpa y remordimientos cuando están en problemas.

La escala de Paranoia (Pa) tiene una de las puntuaciones en T más elevadas del cuestionario. Esta escala nos revela que es una persona que destaca su proyección de culpa y hostilidad, es rígida, extremadamente sensible, muy obstinada y es muy complicado relacionarse con él; interpreta y percibe de manera inadecuada los estímulos sociales. Presenta ideas de grandeza y opiniones rígidas.

La escala de Introversión social (Si), nos revela a un sujeto interesado en el poder, la posición y el reconocimiento. Tiene problemas con el control de sus impulsos y mantienen relaciones superficiales. Tiene una gran necesidad de afiliación, reconocimiento y status social.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Se comentan los datos significativos obtenidos de estas escalas:

Se nos muestra a un sujeto que refleja ausencia de malestar emocional. Tiende a ser enérgico, competitivo y socialmente abierto además de una persona dominante. Es alguien que prefiere la acción y no tolera bien la frustración. Tiene miedo al rechazo y a decir que no.

La escala Fuerza del Yo (Es) nos descubre a una persona que posee un pobre autoconcepto y ciertas dificultades para adaptarse a las situaciones problemáticas

No acepta las consecuencias de sus conductas

SUBESCALAS

Describe a su propia familia como critica, hostil, conflictiva y limitadora d libertad e independencia.

Reniega de las normas y costumbres parentales y sociales. Admiten haber tenido problemas con la ley. No es sensible ante las normas y opiniones y normas de otros.

Se sienten cómodos y conflictos en las situaciones sociales. Posee un punto de vista estricto y defiende tenazmente sus opiniones.

Es una persona egocéntrica e insensible ante las necesidades y sentimientos de los demás. Se comporta de manera desconsiderada con las demás personas.

El patrón de combinación de las escalas 4-6, nos muestran a un sujeto con un perfil evasivo y defensivo, manejan su ansiedad y conflictos rechazándolos ; además son egocéntricas, manipuladoras y adicta a las drogas.

En general se nos presenta un individuo que tiene dificultades en sus relaciones interpersonales, culpa a los demás con facilidad y discute constantemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhtar, S.(1989). Narcissistic Personality Disorder. Descriptive Features and Differential Diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 505-529.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Elsevier.
- Beck, T.A., Freeman, A., Davis, D.D., y otros (2005) *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (2nd) .Barcelona: Paídos.
- Ellis, H. (1898). *Auto-eroticism: A psychological study*. *Alienist and Neurologist*, 19, 260-299.
- Fenichel, O.(1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: WW Norton & Co.
- Fernández-Berrocal,P., Ramos,N. y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Linehan, M. (1993). *Manual de Tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S.(1914). *Introducción al Narcisismo*. *Obras Completas*, vol.6, Madrid: Biblioteca Nueva, pp.2017-2033.
- Freud, S.(1931). *Sobre los tipos libidinales*. *Obras Completas*, vol.8, Madrid: Biblioteca Nueva, pp.3074-3076.
- Gacono, C., Meloy, J.R. & Heaven, T.(1990). *A Rorschach Investigation of Narcissism and Hysteria in Antisocial Personality*. *Journal of Personality Assessment*, 55(1/2), 270- 279

- Jones, E.(1913). *The God complex. Essays in Applied Psycho-Analysis*, 2, 244-265.
New York: International Universities Press.
- Kohut, H.(1971). *The analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York:
Jason Aronson
- Lasch, CH. (1979). *The Culture of Narcissism*. New York: Warner Books.
- Lowen, A. (2000). *El narcisismo: la enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós
Ibérica.
- Mazlish, A. (1982). American Narcissism. *The Psychohistory Review*, 10(3/4), 185-202.
- Millon, T., y cols. (2006) *Trastornos de personalidad en la vida moderna* (2nd).
Barcelona: Elsevier.
- Millon, T., y cols. (1999). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV* (2nd).
Barcelona: Elsevier..
- Montoya, M.A., Sol, C.E. (2001). *Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y
Desarrollo Humano*. México: Pax México.
- Nacke, P.(1899). Die sexuellen perversitäten in der irrenanstalt. *Psychiatrische en
Neurologische Bladen*, 3, 20-30.
- Nemiah, J.C.(1961). *Foundations of Psychopathology*. New York: Oxford University
Pres
- Olden, C.(1941). About the Fascinating Effect of the Narcissistic Personality. *American
Imago*, 2, 347-355.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S (2007). *Tratado de los trastornos de
personalidad* (1nd). Barcelona: Elsevier.
- Pichon-Rivière, E. (2001) *.El Proceso Grupal: Del psicoanálisis a la psicología Social*
Buenos Aires: Nueva Visión.

- Quiroga,E., Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. Vol.13, nº 3, pp. 393-406.
- Reich, W.(1949). *Character-Analysis*. New York: Orgone Institute Press.
- Rubio Larrosa, V., Pérez Urdaniz, A. (2003). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Elsevi
- Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional: Estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Tartakoff, H.(1966). The normal personality in our culture and the Nobel Prize complex. En Lowenstein, R.(Ed.) *Psychoanalysis: A General Psychology. Essays in Honor of Heinz Hartmann*. New York: International Universities Press. pp. 222-252.

